VITTORIO E.
TORINO

STUDJ

DI

CLINICA MEDICA

DEL

D.r SALVATORE SALOMONE-MARINO

già Primo Assistente nella Clinica Medica
della R. Università di Palermo.

VOLUME PRIMO,

Con XXI Tavole litografiche.

Infezione da malaria. — Polmonite fibrinosa.
Ascesso primitivo del laringe. — Cirrosi epatica ereditaria.
Fegato ambulante. — Ascesso epatico.
L'ergotina nelle nevralgie.

PALERMO,
LUIGI PEDONE LAURIEL, Editore.
1885.

Torino

All'illmo e pregmo collega Prof. C. Bozzolo
omaggio dell'A.

PROF. DOTT. C. BOZZOLO
CORSO VITTORIO E. N. 6
TORINO

STUDJ

DI

CLINICA MEDICA

XX H 25

ACCADEMIA DI MEDICINA DI TORINO

STUDJ

DI

CLINICA MEDICA

DEL

D.r SALVATORE SALOMONE-MARINO

già Primo Assistente nella Clinica Medica
della R. Università di Palermo.

VOLUME PRIMO,

Con XXI Tavole litografiche.

Infezione da malaria. — Polmonite fibrinosa.
Ascesso primitivo del laringe. — Cirrosi epatica ereditaria.
Fegato ambulante. — Ascesso epatico.
L'ergotina nelle nevralgie.

PALERMO,
LUIGI PEDONE LAURIEL, Editore.
1885.

IV. 110.1 INV. 2175 XX H 25

Tipografia Fratelli Vena.

AL PROF. CESARE FEDERICI

Direttore della Clinica Medica

nell'Instituto di studj superiori in Firenze.

Consenti, Cesare mio, che a tua insaputa io segni il lodato tuo nome su la prima pagina di questo libro, e per omaggio al tuo alto sapere clinico, e per testimonio solenne di lungo immutabile affetto d'amico, e riconoscenza di devoto scolare.

Già, fin dalla prima concezione, quest'opera era tua debitamente; chè tu, con gentile generosità, lasciasti a mia piena disposizione il ricchissimo materiale della Clinica Medica di Palermo, nella quale per tredici anni ti ammirammo insuperato maestro. Questo materiale, e l'altro non iscarso ch'ho avuto cura di raccogliere con diligenza nella mia pratica cittadina di dodici anni, mi han dato campo di trattare con larghezza di fatti e di vedute varj argomenti di vitale interesse e per la scienza e per il Paese nostro. Del quale (è doloroso, ma bisogna pur confessarlo) noi studiamo le malattie endemiche su' Trattati scritti dagli Esteri, che, dotti e valenti per quanto si voglia, senz'aver mai messo piede

sul nostro suolo e tenendo sott'occhio le manifestazioni morbose quali si presentano nelle proprie regioni, sentenziano delle nostre in maniera, che la verità ne resta o incompleta o svisata o tradita. Aggiungi questa incorreggibile smania de' nostri, di saziare l'ardente sete scientifica tuffando le labbra *solo* nelle sorgenti straniere, dimenticando o trascurando le nazionali, e antiche e recenti, che pari a quelle hanno spesso e bontà e valore [1].

Ma, a vincere questo andazzo, a colmare questa ed altre lacune del nostro studio scientifico, che pur è vigoroso ed attivo, occorre che guardiamo un po' cogli occhi proprj alle cose nostre, occorre che i Clinici d'Italia contribuiscano, regione per regione, con quanto più materiale è possibile; e ciò, con monografie comprensive sopra singole malattie o sopra gruppi di malattie, più che con illustrazioni di casi isolati, o ad esito felice o rari; chè questi, se hanno molta importanza, hanno pure il notevole difetto di mostrare solo una faccia della verità, ed inoltre (secondo la giusta espressione del Graves) una tendenza propria de' giovani, i quali si appassionano per l'eccezionale e straordinario.

Con tali intendimenti io, semplice manovale, ho voluto recare per l'edificio la mia pietra, da quest'estrema regione d'Italia; e perchè i miei apprezzamenti e giudizj possano avere quell'esattezza e precisione che si richiede in lavori di questa fatta, ho ri-

[1] Non è (ad esempio) vergognoso e ridicolo, che d'un lavoro italiano i Giornali scientifici italiani non tengono conto, generalmente, se non quando l'han prima annunziato i Giornali stranieri, e lo citano da questi, e spesso con le storpiature de' nomi e de' titoli che questi ci regalano?

stretto il campo delle osservazioni mie alla provincia di Palermo, la quale in ogni sua parte, come altresì nelle abitudini e ne' costumi de' suoi abitanti, e ne' morbi che la travagliano, credo di avere per lungo e minuto studio indagata e conosciuta in maniera, da poterne discorrere con qualche competenza. Il mio lavoro non sarà forse completo, lo vedo da me; ma, per quant'era in poter mio, ho cercato di renderlo tale, e con non lieve fatica e spesa; perchè tu ben conosci, o mio Cesare, quanto qui difettiamo e di Biblioteche e di Gabinetti, che ci soccorrano nelle nostre indagini scientifiche. Nella tua Clinica, queste, a dir vero, venivano ampiamente espletate, per quanto meschini fossero i sussidj fornitici dal Governo; ma nella pratica privata... oh, per questa, tu puoi farmi testimonianza degli infiniti ostacoli, che ti attraversano la via pel completamento di una osservazione; de' dispiaceri e delle umiliazioni, che bisogna subire per ottenere, ad esempio, il permesso di sezionare un cadavere in un angolo di Camposanto, con il custode municipale che ti fa la guardia acciocchè tu miri e tocchi soltanto, ma non ardisca di portar via nel tuo Gabinetto un briciolo del cadavere! — Per tali ragioni, l'opera mia è qua e là manchevole un po' nelle osservazioni anatomo-patologiche; ma non manchevole, anzi alquanto ricca è ne' fatti clinici, i quali peraltro non hanno meno valore di quelle, nè meno utilità, specialmente dal lato pratico. Ed a quest'ultimo ho io mirato più che ad altro, facendo tesoro de' risultati degli studj altrui, che ho messi in rapporto co' miei; i quali ho la certezza di aver derivato sinceramente da osservazioni, seguite con coscienza, con longanimità e senza preconcezioni o preoccupazioni di sorta.

Una serie non interrotta di mali e di dolori domestici ha fatto sì, che questo mio libro, cominciato a stampare nel giugno 1883, compiasi ora soltanto, dopo due anni e due mesi. Altri studj, altri casi clinici, altre scoperte ulteriori potrebbero oggi arricchirne le pagine, e modificarne in alcuna parte qualche apprezzamento; ma, oramai, non m'è consentito di procrastinare più a lungo la pubblicazione del volume; e però lo mando fuori, fatto questo necessario avvertimento. Tu però, diletto e stimatissimo Amico e Maestro, fagli buon viso a ogni modo; che se, per la pochezza dell'ingegno, il tuo Assistente della Clinica palermitana non ti offre cosa degna al tutto di te, egli te la offre però con quel cuore, che a pieno da un pezzo conosci, e che non muta col mutar di tempi e di eventi.

Palermo, a' 6 d'agosto 1885.

SALVATORE SALOMONE-MARINO.

I.

INFEZIONE DA MALARIA.

§ 1. Con la importantissima scoperta del Klebs e del Tommasi-Crudeli, la dottrina parasitaria della infezione malarica è venuta stabilmente a trionfare su tante teorie che da secoli tentavano, più o meno ingegnosamente, l'etiologia delle febbri intermittenti e delle cachessie palustri; e quantunque « grande è ancora il numero delle osservazioni e degli sperimenti che è necessario di fare, prima che ci possiamo permettere di formulare con sicurezza la teoria scientifica della infezione malarica [1] »; tuttavia, non c'è dubbio che il *bacillus malariae* ci mette ora al caso di comprendere e di interpretare, assai meglio che prima, i fenomeni morbosi prodotti da un fermento specifico sì dannoso all'uomo e, disgraziatamente, sì diffuso sopra la terra [2].

Da un decennio, sin da quando, cioè, feci argomento della mia dissertazione di laurea alcuni effetti della infezione malarica [3], io

[1] Tommasi-Crudeli, *Istituzioni di anatomia patologica;* vol. I, pag. 167, (Torino, Loescher, 1882).

[2] Vedi, in fine a questo scritto, l'*Annotazione* sul microrganismo ch'è causa della malaria.

[3] *Sugli effetti dell' infezione palustre sul sistema nervoso e circolatorio ; osservazioni cliniche* (Palermo, Gaudiano, 1873).

non ho smesso di studiare con attenzione tutt'i casi che mi son capitati di questa malattia, flagello delle nostre contrade; sì che, tra' secento e otto che n'ho messo insieme, mi trovo oramai una serie di osservazioni cliniche di non lieve interesse e non indegne, perciò, ch'io le renda di ragion pubblica; oggi specialmente che la quistione della malaria è per l'Italia una quistione vitale e meritamente richiama le preoccupazioni e lo studio dei due rami del Parlamento.

§ 2. I miei 608 malati appartengono: 138 a Borgetto, 96 a San Giuseppe Jato, 90 a Partinico, 88 a Montelepre, 78 a Palermo, 47 a Balestrate, 41 a Ficarazzi e 30 a Comuni varj (Roccapalumba, Bagheria, Termini-Imerese, Misilmeri, Terrasini, Alia ec.). Come si vede, non usciamo dalla Provincia di Palermo, che pure, tra le siciliane, è delle meno invase dalla malaria [1]; ma perchè, nel valutare le sorgenti e la intensità di questa, il nostro giudizio non riesca incompleto od erroneo, come riescirebbe guardando solo alle nude cifre, sienmi permesse alcune considerazioni in proposito.

I settantotto malati palermitani non ispettano propriamente alla città, ch'è sana, ma ai sobborghi paludosi di Mondello e di Brancaccio per metà, e per l'altra metà a luoghi remoti dov'eglino contrassero la infezione. A' dì nostri, solo per un breve periodo (1862-1869) si videro entro città le febbri intermittenti indigene; e benchè non gravi, impressionarono; ma se ne scôrse tosto la causa nel rimescolamento del suolo di tutte le vie, pe' lavori in quegli anni compiuti di livellamento, escavazione degli acquidotti e rifacimento del lastrico [2].

Abituale ed antica, invece, è la malaria di Ficarazzi, comune ad oriente di Palermo che dà un forte contingente d'infermi in

[1] Cfr. la *Carta della malaria dell'Italia, illustrata da* Luigi Torelli (Firenze, Pellas, 1882).

[2] Cfr. Maggiorani, *Ragguaglio di un triennio di Clinica medica nella Regia Università di Palermo,* pag. 21 (Palermo, Lao, 1866).

paragone della sua piccolezza. Ha il fiume che, scendendo da Misilmeri, lo stringe in micidiale abbraccio, e s'addebita ad esso la infezione, spesso assai intensa; ma in verità, che questa crebbe a dismisura parecchi anni addietro, quando, in una ai lavori per la ferrovia, il territorio venne largamente dissodato e messo ad ortaglie e ad agrumi. Oggi sento che, grazie ad alcuni provvedimenti igienici, la mortalità e le febbri segnano una confortevole diminuzione; ma le vittime sono molte tuttavia.

Lasciando da banda i trenta infermi di Comuni diversi, fermiamoci a' rimanenti 459, i quali provengono tutti dalla stessa regione morbifera che, per l'interesse sanitario, non può restar trascurata, com'è, nella *Carta della malaria.* È questa una larga zona di terra mirabilmente ferace (e però con assiduità coltivata e frugata in ogni canto) la quale, accompagnando da' due lati il fiume Jato sino alla foce, include o tocca sette Comuni con 48108 abitanti e costituisce la più gran parte della sezione occidentale della palermitana provincia. Basta dare un'occhiata alla Carta topografica, che qui accompagno, di questa regione (vedi *Tavola I*), per conoscere subito quanto e come la malaria vi domini, e quali sieno i luoghi più micidiali, e in che relazione con gli otto Comuni. Gli abitanti, gente agricola che trae sua ricchezza da questi terreni, sono senza posa industri; ma vanno innanzi a forza di tenace lavoro e di sagrifizio, perocchè sostengono sproporzionata lotta contro un morbo che li decima e deteriora continuamente. È a notare, che la maggiore perniciosità del fermento malarico si ritrova appunto nelle vallate paludose o presso a quelle insenature del fiume che annualmente servono alla macerazione del lino e della canape. Certo, ha ben ragione il Tommasi-Crudeli a levare la voce contro quel ch'egli chiama *pregiudizio palustre*[1]; perocchè non le sole paludi alimentano e propagano la infezione nè dànno le forme più gravi di essa, che si riscontrano sovente in terreni asciutti e su monti alti fino a diecimila metri;

[1] Op. e vol. cit, pag. 159 e 169.

ma qui, nella regione che ci occupa, non c'è dubbio che, mentre gli altipiani sono immuni dalla malaria, i luoghi bassi e paludosi la ricettano e moltiplicano maravigliosamente. Se altre prove difettassero, basterebbe quella che mi offre Valguarnera di Rágali, comunello che sta a cavallo sul Jato nel vallone Taurro, poco lungi da Partinico. E bene; questo comunello già fiorente, resta ben su la *Carta*, ma si può dire che fu: giacchè soltanto la necessità dell'industria agricola vi trattiene oggi una quarantina d'individui, che stentano e si disfanno a gradi; gli altri tutti sono fuggiti altrove, visto che la moría era incessante ed inevitabile [1].

Il valore, dunque, che dobbiamo attribuire alle cifre più su notate dei nostri malarici, ora può essere meglio determinato con la conoscenza delle località morbigene; ma, a completarlo, occorre ancora si stabilisca in che proporzioni sta la infezione malarica con le altre malattie mediche acute. Da un conto complessivo, quella starebbe a queste come 28 a 100; ma è evidente, che noi dobbiamo venire a proporzioni più dettagliate per le varie località, essendochè non tutte sono in ugual grado malariche. E, quindi, per cento infermi di malattie mediche comuni, trovo che

Balestrate	dà	40	malarici,
San Giuseppe Jato	»	37	»
Ficarazzi	»	32,60	»
Partinico	»	31	»
Montelepre	»	29	»
Borgetto	»	26	»
Palermo	»	0,40	»

Or, queste cifre provengono dalla somma de' malarici di tutto l'anno; ma poichè anche i mesi, come i luoghi infetti, non sono

[1] Il molino di Taurro, che giace appunto nel fondo del vallone, è tristamente famoso nella provincia per il numero di vittime che fa tra' mugnai.

tutti ugualmente propizj allo sviluppo e all'azione della malaria, il rapporto di esse cifre va modificato a seconda de' mesi; e però abbiamo che

	in agosto, settembre e ottobre	in aprile e maggio	negli altri mesi
Balestrate	dà il 75 o/o	 15 o/o	. . . 1,90 o/o
S. Giuseppe Jato	» » 72 »	 14,80 »	. . . 1,80 »
Ficarazzi	» » 65 »	 13 »	. . . 1,66 »
Partinico	» » 62 »	 12,40 »	. . . 1,59 »
Montelepre	» » 61 »	 12,20 »	. . . 1,56 »
Borgetto	» » 58 »	 11,60 »	. . . 1,48 »
Palermo	» » 0,90 »	 0,18 »	. . . 0,03 »:

ossia, in media, per tutte le località, in agosto, settembre e ottobre si hanno 65,65 malarici per 100 infermi di malattie mediche comuni; in aprile e maggio, 13,10; negli altri mesi, 1,66.[1]

§ 3. E così eccoci venuti addirittura al tempo o vogliam dire alle *stagioni*, che più o meno favoriscono la genesi della malaria. A intender meglio e d'un tratto la maniera di comportarsi di questa nelle nostre contrade, ecco qui, per tutt'i mesi del decennio, un prospetto grafico che esattamente ce la rappresenta (vedi *Tavola II*). Or, che ci dimostra esso? Questo fatto costante: La linea sale d'un colpo ed attinge il *maximum* sul finire dell'està e il cominciare dell'autunno; poi ridiscende rapida e si mantiene bassissima e spesso nulla, fino alla primavera; nella quale s'inalza un po', ma per riabbassarsi tosto o annullarsi nel colmo della està. Questa linea ho tracciato in base alle cifre del seguente specchietto, che raccoglie il numero de' malati di ciascun mese e la somma mensile e annuale del decennio:

[1] È un di più l'avvertire che queste proporzioni provengono dalle osservazioni mie esclusivamente e che potrebbero, quindi, subire delle oscillazioni, ove potessi far tesoro del ricco contingente che i Colleghi delle varie località sono al caso di fornire.

	1873	1874	1875	1876	1877	1878	1879	1880	1881	1882	
Gennaro	1	2	—	2	2	1	2	—	—	—	N°. 10
Febbrajo	2	2	—	—	4	1	1	—	—	—	» 10
Marzo	2	2	—	1	1	2	2	2	1	2	» 15
Aprile	5	8	2	4	—	—	4	4	—	—	» 27
Maggio	10	12	4	8	—	4	11	6	6	8	» 69
Giugno	2	1	—	2	4	2	2	—	1	1	» 15
Luglio	6	6	5	6	2	7	5	—	3	2	» 42
Agosto	21	20	14	14	12	29	18	18	8	1	» 155
Settembre	25	16	10	14	12	21	24	2	12	6	» 142
Ottobre	16	28	9	6	5	16	9	8	8	3	» 108
Novembre	2	4	—	1	—	1	1	—	—	—	» 9
Decembre	—	2	—	—	—	2	2	—	—	—	» 6
	92	103	44	58	42	86	81	40	39	23	N°. 608

Fermiamoci un po' a qualche considerazione. L'agosto, nel totale, risulta il più ferace di malaria; poi viene il settembre, indi l'ottobre; ma in singoli anni (1873, 79, 81, 82; 1876, 77), il settembre va innanzi all'agosto o gli sta a paro; una volta sola (1874) è l'ottobre che vince. Però, se ricorro alle mie note, trovo ch'è davvero al settembre e non all'agosto che tocca la triste precedenza; perocchè quest'ultimo (eccettuati gli anni 1878 e 80, ne' quali dimostrò insolita virulenza dal principio alla fine) non è malarico che nella terza decade soltanto, mentre quello invece lo è dal 1° al 30 e fornisce quasi sempre tutt' i casi più gravi e perniciosi. Io ho notato poi questo fatto: la comparsa delle febbri e delle altre manifestazioni malariche si verifica subito dopo le prime piogge cosiddette autunnali, che qui in Sicilia cadono

per solito nella seconda quindicina d'agosto e sono seguite da calore abbastanza significante, in media 24° C.; oppure si verifica (ove le prime piogge difettino) dopo le grandi brinate e nuvolosità notturne carche di umido, che dall'agosto all'ottobre sono pressochè costanti nelle vallate. E ciò conoscono per dolorosa esperienza i nostri villici; i quali si affrettano a pigliare le possibili cautele, quando lavorar debbono in luoghi malarici nei giorni che seguono alle prime piogge o che dànno umidità e brinata la notte.

In questi fatti trovano conferma e rinforzo le osservazioni del Tommasi-Crudeli, il quale, coltivando artificialmente il *bacillus malariae*, notava che la serie di sviluppi delle spore non avviene « se non quando il fondo di cultura nel quale si trovano, *è discretamente umido, è mantenuto ad una temperatura di* 20° *C. o più, ed è esposto all'azione libera dell'ossigeno dell'aria* », essendo questo bacillo « il più *aerobio* di tutt' i fermenti morbigeni finora conosciuti [1] ». Ma viepiù avvalorate sono queste osservazioni dalle altre di fatto, che ora soggiungo. I mesi da novembre a marzo non dànno malaria quasi affatto; e de' 50 casi da me registrati nel decennio, quarant'otto sono recidive, e solo due infezioni nuove. Così del paro, ne' 57 casi del giugno e luglio, trentasei, cioè quasi due terzi, sono rappresentati da recidive; mentre, all'opposto, ne' 96 casi di aprile e maggio le ricadute figurano per un po' meno del terzo, essendochè 67 sono le nuove infezioni; delle quali, si noti, 46 appartengono al maggio. Or bene; dal novembre al marzo, nel clima nostro si ha una temperatura che oscilla tra 8° C. e 15° C., si hanno piogge dirotte, venti freddi del nord, nevi; mancano, in una parola, le condizioni capaci a favorir lo sviluppo de' bacilli. Ma con la primavera il calore si eleva ed, oscillando, si tiene ad una media di 18° C., risalendo non rare volte nel maggio a 25°, a 27°, a 29° C.; ed ecco richiamate a vita le spore malariche fin allora inerti. Dal giugno all'agosto, poi, con la caldura del sole sici-

[1] Tommasi-Crudeli, op. e vol. cit., pag. 161.

liano di 26° C. in media, aiutata dal frequente scirocco, scomparisce quasi affatto l'elemento *umidità* dal suolo e dall'atmosfera; e però la conseguente interruzione della malaria, fino al momento delle nuove piogge, da cui essa riceve alimento e vigoria nuova [1].

Lo *scirocco* è stato calunniato come agente che favorisca lo sviluppo e la propagazione della malaria anche a grandi distanze. A me risulta, invece, ch'esso limita la virulenza de' germi malarici, e per la dispersione che ne fa e per l'inaridimento che porta nel suolo e nell'aria [2]. Tolgo a' miei appunti un solo esempio, evidentissimo; ma potrei recarne parecchi. Alle prime piogge del 17 e 18 agosto 1873 successe una decade serena e calda (temperatura media 27°, 88 C.), che fu ricca di febbri intermittenti; poi, dal 4 al 7 settembre, venne impetuoso scirocco con aria secca e temperatura molto elevata (in media 35°, 5 C.); or bene, non solo durante lo scirocco, ma anche nella decade calda e serena che seguì, non un solo caso nuovo di febbre mi fu dato osservare: numerosissimi, invece, li vidi tornare d'un tratto dal 19 al 24, ne' giorni caldi cioè che tennero dietro alla copiosa pioggia de' 17 e 18 settembre.

Quanto agli altri *venti*, non trovo che l'uno a preferenza dell'altro si mostri in relazione costante con la malaria, o eserciti più o meno influenza su di essa; bensì le *rapide variazioni atmosferiche*, gli sbalzi improvvisi di temperatura ho visto che agiscono spesso come momento causale determinante delle manifestazioni malariche nell'umano organismo, per quel disturbo che senza dubbio portano all'equilibrio di esso, già turbato per l'introduzione del virus specifico. Non mi fermo, poi, all'*ozono*, che a dritto e a torto si suol tradurre in causa nelle più svariate ma-

[1] Per tutto ciò che si riferisce a dati e ad osservazioni meteorologiche, così in questo come ne' seguenti studj, mi sono giovato del *Bollettino meteorologico del R. Osservatorio di Palermo* (1873-1882) redatto dall' illustre e gentilissimo prof. G. Cacciatore, che pubblicamente ringrazio.

[2] Cfr. ancora: Tommasi-Crudeli, op. e vol. cit., pag. 170 e segg.

lattie: perocchè quel rapporto, che il Clemens crede di aver visto, tra la produzione copiosa di esso e la scarsezza delle febbri palustri, è tutt'altro che stabile, e son necessarj più accurati e precisi studj per emettere un qualsiasi giudizio [1]. In genere, qui da noi, l'ozono è più scarso da giugno a novembre; ma è sì poca la differenza, e procedono sì irregolarmente, al paragone, le curve dell'ozono e della malaria, che io non so davvero stabilire tra esse nesso alcuno.

§ 4. È ben risaputo che la malaria colpisce ugualmente i due sessi, tutte le età, tutte le costituzioni, tutte le condizioni di vita. De' miei 608 infermi, 486 sono uomini e 122 donne: ma queste ultime, più gracili e più vulnerabili, incoglierebbero quanto e più di quelli nella infezione, se come quelli frequentassero i luoghi malarici; e di fatto esse, che fanno tra noi vita di famiglia, non si recano che raramente in campagna; ma quando vi si recano (come avviene alle contadine per la vendemmia), io ho visto che il morbo le coglie con rapidità notevole. Accade lo stesso pei bambini; ne' quali in oltre ho potuto osservare che la cachessia si manifesta prontissima, talora già dopo il secondo accesso febbrile [2]. È chiaro, che un organismo debole resiste meno di uno forte; com'è provato che tutt'i momenti debilitanti dànno opportunità alla recezione utile del fermento morbigeno o alla manifestazione di esso, fin allora latente. In 224 de' miei malati ho potuto notare, come momenti debilitanti: i disturbi dietetici, 72 volte; l'eccessiva fatica, 44; la gravidanza, 36; le cause reumatizzanti, 32; le veglie eccessive, 10; i patemi d'animo, 10; gli eccessi venerei, 10; lo spavento, 5; l'allattamento prolungato, 4; la menorragia, 3 volte. Le 36 gravide, tutte tra il 3° e il 9° mese (e po-

[1] Cfr. Jaccoud, *Traité de pathologie interne.* Sixième édition. T. II, troisième partie, premier livre, chap. I, pag. 565.

[2] Cfr. H. Bohn, *Febbre intermittente,* nel *Trattato delle malattie dei bambini redatto dal dottor* C. Gerhardt (traduz.; Napoli, 1883), vol. II, pag. 387 e 392.

trei aggiungerne un'altra diecina in cui la gestazione era probabile, entro i 90 giorni), rappresentano già una bella cifra per dare ragione al Ritter ed all'Hertz contro il Quadrat, che pretese nelle gravide e nelle puerpere una immunità tutt'altro che reale [1]. In cinque di queste gestanti, restate più a lungo nella località ammorbata e curate tardivamente, dopo molti accessi febbrili si ebbe la espulsione del feto, già morto. Notevole il caso d'una d'esse e però, come singolarmente istruttivo, merita ch'io lo riferisca.

Osservazione I. Rosa Caruso da Borgetto, robusta contadina a 26 anni, mi chiamava nel pomeriggio del 22 settembre 1875 perch'io la curassi della sua febbre, cotidiana da otto dì, ma già terzanaria fin da' 25 o 26 dell'agosto. Quattro anni avanti, subito dopo il matrimonio, ella era ita a stabilirsi in una campagna palustre dell'exfeudo Dammusi, la quale il marito suo coltivava ad ortaglie. Sì lei che il marito aveano sùbito acquistato quella tinta lurida ch'è caratteristica della infezione malarica, ma nessuna febbre ancora; però, in quattro anni, ella avea partorito tre figli, robusti (dice), ma del colore della cera, e che morirono tuttietrè fra il 10° e il 20° giorno dalla nascita. Stavolta trovavasi al 7° mese di gravidanza quando incolse nella febbre; ora, ch'è all'8°, da tre o quattro dì non sente più muovere il feto nel suo ventre, e si lagna di doloretti a' lombi. Ha febbre assai alta (temp. 41°,1), enorme tumore di milza, cachessia pronunziata.

Nella notte seguente verificavasi l'aborto. Il feto, normalmente sviluppato ma denutrito, addimostravami al palpamento ed alla percussione un significante ingrandimento splenico; ma, con mio dolore, non mi fu permessa la necroscopia e però non posso dirne dell'altro.

L'avvelenamento de' feti non avveniva in questo caso, forse, solo pel sangue materno, ma eziandio pel germe del padre; il quale, cachettico in estremo grado, vivucchiò ancora un anno tra la malaria de' Dammusi, e poi sen venne a morire di epatite in-

[1] Cfr. Hertz, *Infezione da malaria;* presso Ziemssen, *Patalogia e terapia speciale medica*, vol. II, P. II, pag. 464, (versione ital. del Dr. V. Napolitani).

Intorno a quest'argomento si consulti la dotta ed interessante memoria del dottor Emanuele Goth: *Ueber den Einfluss der Malaria-infection auf Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett*, della quale leggo un riassunto nella *Revue des sciences médicales* di Hayem, a. X, t. XX, pag. 196-197 (Paris, 1882).

terstiziale atrofica nella Clinica Medica di Palermo. Comunque, mi par fuori dubbio che i bacilli malarici colpiscano sicuramente anche nella vita introuterina; come è probabilissimo che pur l'allattamento possa trasmettere dalla nutrice al poppante la febbre accessionale; anzi pel Boxa la trasmissione avverrebbe certa, con la frequenza del 90 $_0/^0$ [1]. I bambini colpiti da malaria entro il primo anno di vita da me osservati, ascendono ad 8; ma io non potrei dire se il male accadde per trasmissione col latte della madre (in tutti gli otto casi anch'essa malata), o non piuttosto per l'azione diretta del virus, che colpì contemporaneamente e genitrice e prole. Avrei, poi, un caso di febbre cotidiana in una balia, senzachè il pargolo soffrisse il menomo disturbo; ma è giusto aggiungere, che la febbre non era delle più gravi e che fu debellata al terzo accesso con opportune dosi di chinina.

L'età infantile del resto, al pari che la vecchia, non dà largo contributo di malarici, perchè meno si espone alla influenza del virus. Ecco, in fatti, in che proporzione stanno i 608 malati in riguardo all'età:

Entro il primo anno di vita	Num. 8
Da 1 a 10 anni	» 20
» 11 » 20 »	» 111
» 21 » 30 »	» 218
» 31 » 40 »	» 189
» 41 » 50 »	» 44
» 51 » 60 »	» 13
» 61 » 70 »	» 4
» 71 » 80 »	» 1

Queste cifre, che suppergiù si accordano con quelle degli altri osservatori, non abbisognano di commento [2]; nè tampoco le se-

[1] *Wiener medizinische Wochenschrift*, 1865, n. 42; presso Hertz, loc. cit. p. 473.

[2] Il Wunderlich afferma (vedi Hertz, loc. cit., pag. 464) che prima del 5° anno si presentano piuttosto affezioni intestinali intermittenti; a me non è accaduto di osservarne alcuna: ho bensì osservato, come il Bohn, (loc. cit.), la facile complicazione de' disturbi gastro-intestinali alle febbri intermittenti.

guenti, relative alla professione degli infermi da me osservati:

Agricoltori	Num.	211
Campaj, Pastori, ecc.	»	130
Vetturali	»	107
Proprietarj di terre	»	88
Operai varj	»	54
Cittadini più o meno agiati	»	22

§ 5. Non tutti questi individui ammalarono per avere abitato, maggiore o minor tempo, le località infette; chè varj (in numero di 22) incolsero nella febbre o transitando soltanto per esse, o fermandovisi brevemente in ore che si reputano, e sono, le più sicure. Comincio dal citare l'esempio mio stesso.

Osservazione II. Sanissimo sempre e ben nutrito fino al ventunesimo anno, ne' primi del settembre 1868 traversai notturnamente il fiume Jato ne' pressi di Fallamònica, ov'era il lino a macerare. Nei quindici o venti minuti ch' io cavalcai per la vallata, un senso di gravore al capo mi assalse e si continuò per tutto il dì, nel quale ebbi malessere e scarsa voglia de' cibi. Addebitando alla insolita veglia questi fenomeni, la sera mi posi a letto di buon'ora; ma all'alba seguente mi destò un intenso freddo, cui subentrò gran febbre; la quale, a tipo cotidiano, mi riassalse per altri cinque o sei giorni, fino a che cesse con l'uso della chinina.

Per varie cagioni, ricaddi nella stessa febbre il maggio dell'anno successivo: ma poscia, guarito affatto e non lasciando più la città di Palermo, son venuto fino a qui completamente immune da malaria. Il 28 maggio 1882 feci una gita in Balestrate, passandovi le ore dalle 8,30 del mattino alle 5,30 della sera: stavo benissimo, tornai a Palermo soddisfatto della magnifica giornata. La notte sonno placido; ma ecco nel mattino seguente leggeri brividi, cefalea, febbre a 40° C. Il prof. Federici, che venne a visitarmi, constatò un ampliamento della milza che ne' dì innanzi non c'era, e non dubitò che si trattasse di febbre malarica. Nella sera, di fatto, non mancò la remissione con profuso sudore ed io, com'è a supporre, non attesi il secondo accesso per ricorrere alla chinina; che anzi volli ripetere questa per parecchi giorni, fino a che, col tumore splenico, vidi scomparso quel grave senso di spossatezza cui fu capace di arrecarmi un solo giorno di febbre, quantunque io stessi perfettamente bene ne' dì innanzi.

La malaria, dunque, (per mia parte ne sono arciconvinto), può

agire rapidamente, immediatamente sull'organismo e, secondo la virulenza delle località, avere un periodo brevissimo d'incubazione. Ciò meglio si può dimostrare con quei casi di individui che sono vergini (mi si passi l'espressione) d'infezione malarica e vanno di prim'acchito ad affrontarla dov'è più potente. Date certe circostanze favorevoli, si rimane subito vittima e nella maniera la più terribile. Eccone qui due esempj assai chiari.

Osservazione III. Salvatore Vìcari da Borgetto, robusto calzolaio, non sapeva ancora per prova che fosse una infermità fino a vent'anni, quando, sul cadere d'agosto 1873 incorse, dietro a spropositi dietetici, in un catarro gastro-intestinale. Guarito, dopo una settimana di cura, seguì nel pomeriggio del 5 settembre alcuni suoi compagni ad una scampagnata al molino delle Coti, ch'è in luogo eminentemente malarico, e non tornò a casa che a tarda sera. Il domattina è colto da intensissimo freddo di un'ora, cui subentra febbre a 41° C. con ansia e cefalea insoffribile. Dopo tre ore, era caduto in un coma profondo, non rispondeva più, non dava segno di sentire che assai imperfettamente gli stimoli anche vivaci sulla cute. Visitandolo, non indugiai, in presenza della perniciosità del caso, a valermi dell'applicazione permanente del ghiaccio sul capo e delle injezioni ipodermiche d'idroclorato di chinina, ripetute di tre ore in tre ore nella dose di mezzo grammo. Al quarto giorno, quando avevo injettato grammi 8,50 di chinina, si manifestò abbondante sudore e il termometro, fin allora mantenutosi al disopra di 40° C., scese stabilmente al subnormale (36°—36°, 5 C.); ma l'infermo rimase per altri otto dì come instupidito, con intelligenza ottusa e tarda parola, che si limitava a semplici monosillabi di risposta. Non guarì completamente che dopo altri 20 giorni di cura attiva; e solo allora la milza ritornò ne' limiti fisiologici entro i quali certamente l'avevo riscontrata sulla fine d'agosto, mentre il 5 settembre la trovai in dimensioni sì notevoli, che si sentiva sporgere per oltre a tre dita dall'arcata costale.

Osservazione IV. Il sedicenne villico Salvatore Vitale, da Borgetto, anch'egli aveva scansato la malaria, frequentando le salubri campagne del monte Platti e della Carrubella. Ma il 23 agosto 1873 recossi, per la prima volta, a sorvegliare la macerazione del suo lino ne' gorghi del Jato in Fallamònica; ed ivi, secondo la solita e necessaria pratica, dovette tuffarsi in acqua, ivi dormire anche la notte. Al secondo giorno lo colse alta febbre; ma, per amor del suo lino, respingendo ogni consiglio, si stese su la ripa del fiume e non volle restituirsi al paese; dove però lo recarono alcuni compagni, su la fine del giorno seguente, privo di parola e di sensi. Lo vidi il 26, moribondo, potendo solo constatare

un tumore splenico enorme e la colossale temperatura di 42°, 2 C. La morte sopravveniva mezz'ora dopo.

Il fermento malarico (è ammesso generalmente e con ragione) s'introduce per le vie respiratorie; ma anche per lo stomaco e per gl'intestini trova modo a passare nel sangue [1]: ed io credo di non allontanarmi del vero affermando che, ne' due casi or riferiti, ambo i modi d'introduzione abbiano concorso all'avvelenamento, e forse il secondo più che il primo contribuito alla perniciosità; perocchè il Vìcari, pel divieto del vino ch'io gli avea fatto ne' di anteriori, bevve a riprese l'acqua d'un rigagnolo che quei molinari evitano come sicuramente malsana e capace di dar la febbre; ed il Vitale, alla sua volta, all'arsura febbrile del 24 agosto, quando non era ancora caduto nel coma, volle riparare ingoiando largamente le corrotte acque del fiume! Ed anche qui non è fuori luogo il fare appello alla esperienza dei nostri contadini, che col dettato tradizionale ci avvertono: « Chi beve acque di stagno, si scava la fossa da sè [2] ».

§ 6. I danni della malaria risultano ancora più gravi perchè a noi non è dato di sottrarre ad essa, tramutandole altrove, popolazioni intere, e perchè gli organismi offrono maggiore vulnerabilità dopochè han subíto già altre volte gli effetti del morbo. Questa verità ci è riconfermata dai nostri malati; chè ben 470 di essi avevano sofferto una o più volte le febbri, innanzi che si presentassero all'osservazione mia; ed i 138 casi in cui trovai che la infezione avveniva per la prima volta, si riferiscono, nella proporzione del 90 $_0/^0$, a individui al disotto de' vent'anni. Ed io sto certo, poichè mi risulta da accurate e numerose osservazioni, che tra gl'individui di una certa età, abitanti regioni anche legge-

[1] Cfr. Hertz, op. cit., pag. 473: — Tommasi-Crudeli, op. e vol. cit., pag. 179 e segg.

[2] Sono due proverbj popolari, che testualmente dicono: — *Cu' vivi a puzzetta, La sipultura è aperta. — Cu' vivi a lì fossa, Si scava la fossa.*

rissimamente malariche, non ce ne sia uno ch'abbia potuto esimersi dal pagare almeno una volta il tributo alla dea Febbre. La chinina, senza dubbio, è un potentissimo rimedio che sottrae a sicura morte infinite vittime; ma costa molto; d'onde cure spesso incomplete e facili recidive; e se è vero che le mie cifre, che includono i casi perniciosi, mi dànno solo 38 morti su 448 guariti, non è men vero che mi dànno ancora 114 incurabili per alterazioni degli organi dovute alla malaria; 114 che, oltre all'essere sicuramente destinati ad aggiungersi ai 38, trarranno con sè, pur troppo, molti altri di que' 448 ch'io ho potuto sottrarre oggi al morbo, ma che il morbo mi ripiglierà, a mio dispetto, domani.

§ 7. Ma, recidivate o no, le febbri accessionali rappresentano la esplicazione più frequente della infezione pel fermento malarico; il quale, fissato prima e moltiplicato nella milza e nel midollo delle ossa, si riversa poscia abbondantemente nel sangue da questi nidi di elezione. Così ne' 608 malati, mentre 25 portavano il semplice tumore di milza, 38 il tumore di milza e di fegato con cachessia discreta, e 114 il tumore dei detti visceri con grave cachessia o con successioni morbose varie; gli altri 431 erano attaccati dalla febbre, a tipo e forma e intensità diversa, cioè:

Febbre cotidiana	Num.	156
Terzana	»	86
Atipica	»	47
Quartana	»	41
Larvata	»	40
Perniciosa	»	21
Subcontinua e Continua remittente	»	17
Quartana doppia	»	12
Terzana doppia	»	9
Cotidiana doppia	»	2

Come si vede, la cotidiana è qui più frequente d'assai della

terzana, dalla quale non deriva principalmente, secondo si dice ne' trattati di patologia. Di fatto, tra' 156 casi, 48 soltanto avevano originariamente il tipo terzanario; mentre, invece, tra le 86 terzane trovo che 23 provengono da cotidiana, abbandonata a sè o mal curata. Le febbri atipiche o erratiche appartengono tutte ad individui lungamente infermi, cachettici in grado più o meno avanzato; e così pure le quartane, le terzane e quartane doppie, e per due terzi le subcontinue e continue remittenti, le larvate e le perniciose. Noto, come la febbre cotidiana si attenesse di preferenza alla infanzia ed alla gioventù, e come nell'età matura tenessero la prevalenza la terzana, la erratica e le larvate. Queste ultime, conformemente a quello che gli altri osservatori hanno registrato, si mostrarono più comuni nelle donne (32 volte sopra 40), e di esplicarono con nevralgia dei rami del trigemino in 34 casi [1], con orticaria in 2, con diarrea ed ematuria in 2, con nevralgia ischiatica in uno, e con catarro bronchiale ed edema del polmone in un altro.

I casi perniciosi provengono da tre annate soltanto: il 1873, che ne diede 5; il 1874, che n'ebbe 7; il 1878, che attinse il *maximum* con 9; e si verificarono ne' mesi di settembre n. 13, di agosto 5, di ottobre 2, e di luglio 1. La forma che in essi prevale è la comatosa, con 12 casi; poi viene la pneumonica con 4, poi la colerica, la emiplegica, l'algida, la maniaca, e la bilioso-ematurica con un caso per ciascuna.

Distinguendo, come ho fatto, la perniciosa emiplegica o apoplettica [2] dalla comatosa, io non ho inteso che a separare quei casi, in cui l'emorragia o l'embolismo è un fatto che si determina fin dal primo momento, da quegli altri in cui non si ha

[1] Vennero colpite: 6 volte tuttietrè le branche; 3 volte quella del mascellare inferiore; 8 la sottorbitaria; 17 la frontale.

[2] Il Puccinotti, *Storia delle febbri intermittenti perniciose di Roma negli anni* 1819, 1820, 1821 *(Opere complete,* vol. I: Napoli, 1858), nel libro I, parte I, cap. V, dà la perniciosa *apoplettica* come suddivisione della *cataforica* insieme alla *tifomaniaca,* alla *comatosa,* alla *letargica,* alla *carotica,* alla *cataleptica.*

che con la morte[1] e i fenomeni cerebrali si limitano alla stasi e compressione soltanto e si dileguano con l'accesso senza lasciar traccia alcuna. Ne' miei dodici casi di comatosa (e due li ho riferiti già), i dieci che vennero a guarigione non mostrarono punto lesione o disturbo residuale riferibile al cervello, non potendo noi considerar come tale quel po' d'intontimento temporaneo che è da ascriversi a varie cagioni (infezione, esaurimento nervoso, anemia, chinina) e di cui l'esempio più grave e più lungo fu quello che m'offerse il calzolaio Vìcari. Diverso effetto sortì, invece, la perniciosa emiplegica, la quale brevemente riferisco, anche per la rarità di simili casi [2].

Osservazione V. Giuseppa Cammarata, vigorosa contadina ventenne di Borgetto, seguiva ne' primi del settembre 1874 il suo sposo a Bellavilla, podere malarico nel cosiddetto *Bosco di Partinico.* Per lo innanzi non aveva mai sofferto febbri intermittenti; ma a Bellavilla, dopo due settimane di soggiorno, incorse nella terzana, che debellò col chinino al 4° o 5° accesso. Però, non lasciando quel luogo infetto, ne' giorni 13 e 14 ottobre prova gravezza al capo e malessere, ma lavora e mangia al solito; nel pomeriggio del 15, poi, è colta da forte e lungo brivido, a cui segue febbre alta, cefalalgia intensissima, inestinguibile arsura. La sera il marito, che non l'ode più a lamentarsi e chieder acqua, s'accorge ch'ella sta come incantata, e, scossa, guarda, sente, ma ha perduto la parola e l'uso degli arti di sinistra, i quali presi e sollevati ricadono come morti.

Io visitava il domattina la Cammarata, in Borgetto. L'emiplegia era completa agli arti, appena cennata alla faccia; febbre a 40°,6 C., volto acceso, sonnolenza, respiro e polso lenti; però, chiamata o lievemente scossa, l'inferma apriva gli occhi e mostrava benissimo di sentire e di comprendere, mettendo

[1] Cfr. la necroscopia riferita dal Tommasi-Crudeli, op. e v. c., p. 167.

[2] Di accessi perniciosi a forma emiplegica, rari eziandio in paesi abbastanza malarici, riferiscono osservazioni Cullen, Werlop, Strak, Lassalvy, Bertherand, Griesinger, Bonnet, Grasset, Moursou, Poor, ec. Vedi: Puccinotti, op. e loc. cit., cap. XV;—Hayem, *Revue des sciences médicales,* t. IX, a. V, p. 139, et t. XIX, a. X, p. 143 (Paris, 1877 et 1882);—Verneuil et Merklen, *Des manifestations cutanées du paludisme,* negli *Annales de dermatologie et de syphilographie,* deuxiéme série, t. III, p. 625 (Paris, 1882).

fuori qualche lieve grido inarticolato. La milza, tesa molto e dolente alla palpazione, scendeva fin ad occupare tutto il quadrante superiore sinistro dell'addome; il fegato appariva anch'esso un po' ingrandito.

L'uso generoso della chinina per injezione ipodermica ed eziandio per bocca)perocchè la paziente inghiottiva bene) produsse il graduale abbassamento della temperatura; tantochè la mattina del 17 il termometro segnava 38° C. e verso le 4 p. m. 37°, 5 C. Nella notte venne poi profusissimo sudore. Nessun altro accesso febbrile si ebbe ne' giorni che seguirono.

Quanto alla emiplegia, io vidi che s' iniziò tosto la risoluzione, alla gamba prima, poscia al braccio; sì che dopo dieci giorni non ne rimaneva quasi vestigio. L'afasia durò, benchè sempre migliorando, per oltre a tre settimane; ma anche dopo un mese e mezzo, la Cammarata conservava, parlando, la voce monotona e tremula del Pulcinella. Guarita, assicurava che non avea mai perduta la coscienza, e che aveva voluto e inteso e dire e fare, ma che nè la lingua nè gli arti si erano prestati obbedienti. La sensibilità cutanea fu integra sempre, e i bisogni corporali avvertiti.

Non mi fermo a' quattro casi di perniciosa pneumonica, perchè nulla di particolare hanno; ma non vo' lasciar di notare, che in essi io non riconosco una polmonite intermittente, bensì una iperemia grave e acutissima del polmone con conseguente rottura de' capillari, e ch'è assolutamente da identificare con la perniciosa *emottoica* descritta da Torti, Morton, Frank, Puccinotti ec. Della polmonite acuta fibrinosa, che sopravviene in individui malarici e ch'è tutt'altra cosa della perniciosa pneumonica, io dirò in altro studio, che terrà dietro al presente.

Utili a conoscersi giudico, invece, le storie della perniciosa algida, della colerica, della maniaca, della bilioso-ematurica, e però eccomi a narrarle.

Osservazione VI. Circa il mezzodì del 4 agosto 1878 sono chiamato in fretta presso il diciottenne Paolo Demma. Trovo un giovanotto tarchiato, che giace raggomitolato e privo di senso, livido, con pelle anserina e muscoli contratti. Respira con frequenza e irregolarità, ha polsi celeri e piccoli, ma vibrati. Per tutto il corpo è freddo come marmo, e il termometro, all'ascella, segna appena 36° C.: le urine ha sparse due volte involontariamente; chiamato, non risponde; pupille non dilatate, poco mobili; sensibilità ottusa. Nessun segno di

paralisi agli arti. Tumore enorme di milza, su cui palpandosi alquanto ruvidamente, l'infermo si contorce e talora fa sentire un lamento.

I parenti narravano: Da più anni ha seguito il padre pe' lavori di fornaciajo *(carcararu)*, in luoghi malarici sovente, ed a riprese ha soggiaciuto alle febbri, di tipo e durata varia. Pochi giorni avanti, avendo frequentato le adiacenze più micidiali del Jato, ricadde nella cotidiana, che lo costrinse a tornarsene al nativo Borgetto. S'erano svolti quattro accessi, abbastanza gravi e lunghi e per di più anticipanti; tuttavolta il medico [1], ostinatamente fedele alla vecchia pratica che inculcava di lasciar sfogare il male per meglio vincerlo, non s'era deciso ad amministrare i chinacei; quand'ecco a metà del giorno 3, un'ora dopo la fine del quarto accesso, subentra un freddo intensissimo, quale mai lo infermo avea provato e che gli fa ballare il corpo in maniera, che i congiunti sono obbligati a tenerlo fermo sul letto. In capo ad un'ora i tremiti cessano; ma il giovane, che ormai dice di sentir caldo alla testa e domanda di essere lasciato in quiete, aggiunge che avverte tuttavia un tremore dentro le ossa. A sera, ha gli arti sempre freddi; ma non accusa maggiori disturbi de' giorni precedenti e dice che ha voglia di dormire. La mattina seguente è più freddo che mai; però non si lagna di freddo, bensì che si sente assai male; ma nel mentre la famiglia si affretta a riscaldarlo con pannilani e frizioni eccitanti, egli si irrigidisce sempre più nel corpo e poc'oltre cade in coma profondo.

Quel ch'io tentai, quando vidi il Demma, per combattere gli effetti della infezione fu, com'è a credere, inutile; nè altro potei che constatare il rapido indebolirsi dell'azione cardiaca ed il calare non interrotto della temperatura, che fu 35°,5 all'una p. m.; 35°,1 alle due; 34°,8 alle tre. La morte si verificava alle quattro.

I casi di febbre intermittente, ne' quali lo stadio del freddo si protrae al di là dell'ordinario ed ha maggiore gravezza, non sono infrequenti a riscontrarsi tra noi; ma in genere non portano alla perniciosità. Scrive ben a proposito il Maurel [2]: « L'algidité pernicieuse ne doit point être considérée comme une simple exagération du premier stade de l'accès intermittent. Il y a entre les deux une différence capitale. Tandis, en effet, que pendant le premier stade de fièvre, le malade éprouve

[1] *Parce sepulto!*

[2] *Contribution a la pathologie des pays chauds. Traité des maladies paludéennes a la Guyane, par le Dr.* E. Maurel; chap. XVII, p. 118 (Paris, Doin, 1883).

une sensation de froid bien évident et que la main révèle une chaleur, même très marquée, l'algidité pernicieuse, au contraire, est caractérisée par les deux symptômes inverses, c'est-à-dire, sensation de chaleur éprouvée par le malade et de froid par l'observateur ». Nel Demma, i parosismi si vennero facendo più lunghi e più minacciosi, ma il freddo non era stato mai eccessivo per durata o per forza. Tale, per contro, fu nella perniciosa colerica, che passo a registrare.

Osservazione VII. — Una contadina a 30 anni, Caterina Pellerito da Borgetto, nell'agosto del 1878 fe dimora per parecchi giorni in un suo poderetto, dove la malaria non è poca nè lieve. Completamente sana quando lasciò la sua casa, vi si restituì pallida, senza appetito, fiaccata nelle forze; e poichè aveva al petto tuttavia una bambina di 18 mesi e più, la svezzò, attribuendo all'allattamento oltre il dovere protratto questo suo grave malessere.

Dopo qualche dì, verso le 10 a. m. del 18 settembre, sente il ribrezzo invaderle d'un colpo e intensamente la persona, si fa pallidissima, rigetta con vomito la colezione presa due ore innanzi. Seguono tosto coliche viscerali, dejezioni alvine sierose frequentissime, crampi dolorosi e continui alle sure, alle cosce e alle braccia, mentre pur non cessa il freddo e il tremore.

In breve ora la Caterina non era più riconoscibile, tanto appariva contraffatta, rattrappita, livida, con le estremità fredde e nere, gli occhi spalancati ed esterrefatti, la lingua arida rosso-bruna, il respiro ansioso, i polsi celeri e piccolissimi. Fiocamente lagnandosi, ella non chiedeva che di continuo acqua; la quale però vomitava tantosto, ora sola, ora con sèguito d'un materiale viscido e giallastro. Questi sintomi, che richiamavano alla mia mente l'immagine dei colerosi che avevo visti nel 1867, svoltisi improvvisamente in persona che aveva abitato luoghi miasmatici; accompagnati da una temperatura di 40°,8 C. al cavo ascellare, mentre le estremità eran fredde e tutta la pelle marmorizzata, secca e retratta; avvalorati da un tumore di milza ch'empiva per metà il ventre, tesa, dolente alla palpazione; questi sintomi, dico, non mi fecero indugiare a pronunziarmi per una perniciosa; e come tale presi immediatamente a curarla, injettando sotto la pelle del chinino e della morfina. L'ottimo risultato che n'ebbi, mostrò che non m'era ingannato; i gravi fenomeni cominciarono a mitigarsi tosto dopo la prima injezione; in capo a cinque altre ore, con profusa diaforesi cessavano del tutto, nè mai più si ripetevano.

La perniciosa maniaca, a cui ora vengo, non meno rara delle

precedenti nè meno funesta, preferisce soggetti eminentemente eccitabili nel sistema nervoso, temperamenti sanguigni in cui le iperemie cerebrali sono facilissime. Anche piccole infezioni di malaria sono bastevoli in questi a recare, negli accessi, le intense cefalee e i delirj, che in individui di temperamento diverso non sono comuni; ed io n' ho parecchi esempj evidentissimi, che mi basta solo di aver rammentato. Un altro caso di perniciosa maniaca mi mostrò al 1869, in Partinico, il compianto collega Dr. Luigi Brancaleone; ma io non era laureato allora, e quindi nè presi appunti, nè studiai il caso con quell'attenzione che meritava.

Osservazione VIII. — Il signor Pietro Salomone è un proprietario a 24 anni, biondo, sanguigno, eccitabile, piccolo della persona ed asciutto. Da varj anni frequenta l'ex-feudo Zùccari, una sua possessione su la destra del Jato, rinomata per fecondità di suolo e di miasma; e però, per quante precauzioni abbia egli prese, non ha potuto sfuggire alle febbri, delle quali ho avuto a curarlo parecchie volte. Tutta l'està dell'anno 1874 sorvegliò di presenza il ricolto del grano in Zùccari, senza che soffrisse nulla; però, tornato appena in Borgetto, perde l'appetito, prova malessere, si lagna di gravezza del capo, la quale, di tratto in tratto, diventa intollerabile cefalalgia. Durando questo stato per qualche giorno e facendosi più frequenti e più lunghe le cefalalgie, pensa di purgarsi col solfato di soda, che porta molte e abbondanti scariche ventrali sierose: se non che il domattina si sente peggio, e circa alle 10 a. m. è assalito da un più intenso accesso di cefalalgia, cui questa volta si accompagna forte freddo e poi tosto febbre.

Lagnandosi a voce alta, si fa praticare delle senapizzazioni ai piedi; ma ad un tratto, dopo circa tre ore, lascia i lamenti e comincia a vaneggiare, a dire delle barzellette fuori luogo, e poc' oltre a delirare violentemente.

Quand'io fui chiamato a visitarlo (erano le 4 p. m. circa del 1° agosto) egli era saltato dal letto, s'era vestito a metà, e mentre la moglie mandava per aiuto da' congiunti, era scappato fuori, rifugiandosi presso il padre, dove un po' con le buone ed un po' per forza s'era messo a letto. Ma dopo pochi istanti, eccolo in preda a veri accessi maniaci. Comincia a tirar calci e pugni, a stracciare le coltri e quanto gli viene fra mani, a mordere rabbiosamente sè e gli altri che sudavano a tenerlo fermo sul letto, donde tentava saltare ad ogni minuto. Con occhio sanguigno e torvo, con aperte narici, e' si dibatteva con una forza non supponibile ne' suoi piccoli e gracili membri; e gridava, fiera-

mente bestemmiando, che lo lasciassero scappare da un luogo dove non vedea che nemici intenti a scannarlo e che gli avevano propinato il veleno. Inutile ripetere tutto ciò ch'ei fece e disse, e quanto fu tentato per acquietarlo o per fargli ingoiar qualche cosa; a me basta notare che, constatata, a malgrado le enormi difficoltà, la tumefazione eccessiva della milza ed il calore urente della pelle, mi decisi a giovarmi tosto di generose dosi di chinina e di morfina per la via ipodermica, nel tempo stesso che copersi la testa con una cuffia di ghiaccio.

La calma si cominciò a manifestar verso le 9 della sera; ma per tutta la notte si andò innanzi con delirio calmo ed allucinazioni, fermo intanto rimanendo il termometro a 40°,9 C. Alle 11 circa del mattino seguente, la fisonomia per prima si ricompose a tranquillità; poi si fecero molli e larghi i polsi e madida la pelle, che poco appresso si ricopriva di sudore abbondante; ed allora l'infermo chiuse gli occhi al sonno, un sonno tranquillo, profondo, lungo, durante il quale seguitò copiosamente a sudare.

Superato con esito sì felice quest'accesso di perniciosa maniaca, ne' giorni dal 28 al 31 il Salomone non altro desiderava che mangiare, bere e domire; diceva di sentirsi spossato assai, ma del resto non provar sofferenze; però le sue idee si mantennero tuttavia alquanto incerte ed esaltate fino al quattordicesimo dì, e la sensibilità cutanea esagerata.

La perniciosa bilioso-ematurica, che per ultimo riferisco, si può facilmente accostare a quella speciale forma di febbre che per lo più s'incontra nelle regioni tropicali d'intensissima malaria e che, col nome di *Fièvre bilieuse hématurique*, hanno negli ultimi tempi accuratamente descritta il Barthélemy-Benoît, il Bérenger-Féraud, il Pellarin, il Veillard e molti altri, ultimo e più completamente il Corre [1].

Osservazione IX. — Salvatore Fedeli da Borgetto, pastore di 24 anni circa, toroso e sanguigno, era da me visitato nel pomeriggio del 25 agosto 1874. Per varj anni, guidando il gregge in luoghi paludosi, avea prese le febbri intermittenti; ma se n'era presto liberato ogni volta; in questa però, a malgrado che, abbandonata la campagna infetta e restituitosi in famiglia, avesse adoprate parecchie dosi di sali di chinina, ha visto cotidianamente, e costantemente alla

[1] Vedi: *Traité des Fièvres bilieuses et typhiques des pays chauds par le* Dr. A. Corre; chap. IV, p. 144 et suiv. (Paris, Doin, 1883).

stessa ora di mezzodì, ripetersi undici accessi febbrili. Il dodicesimo (25 agosto) si inizia con freddo più forte e più lungo, cefalea più molesta, dolore e pena indicibile all'epigastrio, ripetuti vomiti di un liquido filante color verde scuro. Poc'oltre, peso e dolore ai lombi, stimolo frequente di mingere, urine scarse e dense d'un rosso distinto; e con ciò smania grande, sete inestinguibile, senso di abbattimento notevole. I polsi tesi, piccoli e frequenti, non perfettamente regolari; il respiro affrettato e superficiale; la temperatura a 40°, 8 C.; la fisonomia agitata e sofferente; lingua arida, paniosa, con una striscia nerastra al centro. Gli ipocondrj appaiono slargati; riscontro enormemente grossa la milza, sporgente il fegato dall'arcata costale; e sì questo che quella assai sensibili alla palpazione, ma dolorosi anco spontaneamente. L'alvo è chiuso da tre dì.

I varj mezzi che adoprai a frenare i continui vomiti biliosi, ed a calmare la molestissima pena epigastrica, riuscirono pressochè infruttuosi; invece, ai fenomeni relativi al rene ed alla vescica recò molto sollievo l'applicazione del ghiaccio a' lombi. Così, con molte e gravi sofferenze si giunse all'alba del 26, quando tutte svanirono d'un colpo, non appena un abbondante sudore venne a por fine all'accesso. Le urine ricomparvero chiare, più copiose.

Amministrai tosto per bocca della chinina con oppio, visto che la temperatura era fisiologica (36°,5 C.), ed anche dell'acido tannico.

Ma alla solita ora, ecco daccapo tutt'i fenomeni del giorno precedente, più esagerati anzi, più molesti e pericolosi, proporzionandosi al calore febbrile, che questa volta montò fino a 41°,4 C. Il vomito si ripeteva ad ogni momento e risultava di masse non copiose di materie biliari e di acqua, che l'infermo avidamente di continuo beveva. Notai verso sera che la sclerotica si veniva distintamente colorando in gialletto, mentre le poche urine, emesse goccia a goccia, avevano assunto un colorito più fosco, rosso-verdastro. La pelle era allora del solito aspetto; ma anch'essa apparve il domani leggermente itterica.

In questo secondo e gravissimo accesso non indugiai un istante a valermi delle injezioni sottocutanee di chinina, cui misi mano durante l'acme della febbre; ed ho bene a lodarmi di un mezzo sì efficace e sì pronto di cura.

Alla nuov'alba la remissione fu intera, con sudore profusissimo; il termometro venne sì basso come non era mai venuto (35°, 5 C.), e per tutto quel giorno e pe' seguenti quattro ch'io continuai a visitare il Fedeli, non ascese mai al di là di 36°,4 C. I polsi calarono a 50-62 battute.

Le urine, analizzate, diedero: reazione acida; p. s. 1026; albume in quantità piuttosto notevole; abbondanti tutt'i sali, i fosfati coloriti in rosso rubino (presenza di ematina); abbondante altresì l'urofeina. Quanto ai pigmenti della bile, nel primo giorno non ottenni che tracce del terzo (pigmento incompleto), assumendo il cloroformio un colorito appena gialletto; nel secondo però il cloroformio si tinse nettamente in giallo intenso, e l'acido nitroso-nitrico diè

gli anelli caratteristici (bilifulvina). Nessuna reazione con l'acido cloroidrico (biliverdina). L'urina dell'intervallo libero diè tracce appena di albume.

Il sedimento, copioso, pareva risultasse quasi affatto di globuli del sangue; ma non potei praticare esame col microscopio, perchè non aveva in quel punto a mia disposizione questo sì utile e necessario strumento. Le urine de' giorni successivi non dimostrarono più nè albumina, nè sangue, nè pigmenti biliari.

Per concludere su le perniciose da me studiate, mi resta di notare che esse accaddero tutte in individui tra i 16 ed i 30 anni, uno solo escluso, ch'era un giovanetto di anni 12.

§ 8. Alterato più o meno profondamente per la presenza del parasita specifico della malaria, il sangue si fa veicolo di questo in tutt'i tessuti dell'organismo, che ne risentono perciò l'azione deleteria [1]. Il sistema nervoso ne rimane offeso sopratutto e messo in uno stato di infiacchimento e di paresi, e tanto più, quanto più grave e più lunga è stata la infezione, sia che la rappresentino gli accessi febbrili, sia che il tumore splenico e la cachessia solamente. Le conseguenze di queste alterazioni si traducono in una serie di fenomeni clinici che parmi utile di riunire qui, avvegnachè non tutti abbiano l'attrattiva della novità; ma che importa? la riconferma costante dei fatti morbosi, rari o comuni che sieno, che altri diligenti osservatori hanno registrato, ha nella scienza e nella pratica non poco interesse.

Eccettuati quei pochi casi di infezione palustre nei quali questa mostravasi lieve e per la prima volta, in tutt' i malati che ho potuto osservare ho notato che *la circolazione arteriosa periferica è ritardata sensibilmente*. Nello stato normale della circolazione, si sa che un leggero ritardo del polso su la sistole cardiaca si ha sempre nelle arterie, e in ragione della loro distanza dal cen-

[1] Per le alterazioni che il sangue subisce a cagione del parassita malarico, mi rimetto alle osservazioni ed agli sperimenti che il Tommasi-Crudeli, maestro competentissimo, e con lui Marchiafava, Cuboni, Ferraresi, Sciamanna, Lanzi, Terrigi, Marchand ec. hanno fatto. Vedi presso Tommasi-Crudeli, op. e vol. cit., pag. 164-167.

rot d'impulso: ma ne' malarici il fenomeno assume tale proporzione, che il ritardo è sensibilissimo già tra la sistole del cuore e la diastole della carotide, mentre l'urto cardiaco e la diastole della radiale si alternano, si succedono ad altalena. Anche tra la diastole della carotide e quella della radiale il ritardo dell'onda sanguigna è notevole. Or avendo il Marey dimostrato, ne' suoi accurati ed importantissimi studj di fisiologia sperimentale [1], che la velocità dell'onda sanguigna sta in proporzione diretta con la forza elastica de' vasi e con la tensione degli stessi e con la forza d'impulso iniziale, e varia in ragione inversa della densità del sangue; non ci è difficile spiegare com'è che il ritardo dell'onda arteriosa periferica possa farsi significante nello stato patalogico prodotto dalla infezione miasmatica. In questa, e molto più se è grave o dura da lungo tempo, noi abbiamo pareti vasali denutrite, alquanto inelastiche, con tensione ridotta al minimo; abbiamo cuore flaccido, e però forza d'impulso poco o punto valida; abbiamo sangue idroemico, povero di corpuscoli rossi, di fibrina e d'albume, e per di più con cumuli di pigmento nero che deve ostacolare la sua parte il libero corso dell'onda; abbiamo tanto insomma quanto basta, se non ce n'è d'avanzo, per produrre il fenomeno che ci occupa.

Identica origine dobbiamo assegnare al fatto della pulsazione delle vene jugulari, ch'io ho cinque volte osservata in individui lungamente soggiaciuti al miasma e cachettici in grado notevole. In questi casi, le jugulari trovai sempre discretamente sviluppate e turgide, e col massimo d'intensità della pulsazione verso il mezzo del loro decorso sul collo. Comprimendole in basso, giusto sopra la clavicola, vedevasi aumentare la pulsazione; scemava per lo contrario quando venivasi a comprimerle in alto,

[1] Cfr. Marey, *Mouvement des ondes liquides: pour servir a la théorie du pouls;* a pag. 87 e segg. del volume: *École pratique des hautes études. Physiologie expérimentale: Travaux du laboratoire de M. Marey. Année* 1875. (Paris, MDCCCLXXVI).

sotto l'angolo della mascella; dal qual fatto è a dedurre, quella pulsazione non esser propria delle jugulari nè dipendente dall'abbastanza raro vizio d'insufficienza della tricuspide (e ne' malati di cui è parola il cuore era affatto sano), ma comunicata da' vasi arteriosi sottostanti, i quali con molta probabilità erano alquanto dilatati per effetto del miasma. E noi sappiamo di fatti dal Concato e dal Friedreich (i quali, quasi contemporaneamente, portarono per primi l' attenzione sul fenomeno) che, in seguito alla infezione malarica, l'atonia dell'aorta e la sua facile dilatazione che succede per la forza d'impulso impressa all' onda sanguigna, posson dare la vera pulsazione delle jugulari [1]. E qui sono da aggiungere, come prodotte dalla causa morbosa istessa, le osservazioni dei Clinici di Praga e del Duchek, riportate dal Griesinger, che si riferiscono alla dilatazione passiva del cuore, specialmente nella sezione destra, dilatazione che si presenta nel corso della febbre malarica e svanisce affatto con la guarigione di essa [2].

L' avvelenamento del sangue e de' centri nervosi modifica eziandio la forza ed il numero delle contrazioni cardiache. G. P. Frank, Zimmerman, Graves, Griesinger, Niemeyer, Maggiorani, Gibbs, Hertz, Jousset ed altri Clinici hanno registrato casi di piressie malariche, semplici e perniciose, e di cachessie profonde, ne' quali il polso addimostrasi assai tardo, poco vibrato, regolare; sì che, se avesse solamente dal polso a giudicarsi della febbre in questi tali casi, molti accessi gravissimi passerebbero non osservati e non curati. Riandando le storie de' miei infermi, trovo parecchi esempj degni di nota a tal riguardo : — una perniciosa pneumonica,

[1] Cfr. C. Federici, *Sopra un caso di echinococco del polmone e intorno le varie forme di questa malattia*, pag. 16-17 (Bologna, Monti, 1868); — N. Friedreich, *Ueber den Venenpuls*, Fall V; nel *Deutsches Archiv für klinische Medicin*, vol. I, pag. 285 (Leipzig, 1865).

[2] Vedi: Griesinger, *Delle malattie da infezione*, § 47 (Milano, Vallardi, 1868; traduz. del Longhi): — Hertz, op. cit., pag. 512.

che con 40°, 3 C. di temperatura ed una dispnea significante, mi dà un polso con 54 battute al minuto, e poi, ad accesso finito, 68, ed a guarigione completa, 76: — due cotidiane semplici, nelle quali il polso batte da 46 a 48 volte durante l'alto calore febbrile (40°,1 e 40°,5 C.) e da 64 a 74 durante l' apiressia: — una terzana, in cui negl' intervalli del parosismo si contano 72 pulsazioni, mentre per tutti gli stadj di esso non se n' hanno regolarmente che 44: — ed una larvata nevralgica, in fine, la quale non dava nel tempo del dolore che 40 battute, mentre che nella calma ne presentava 88. È bene notare che sempre, con la guarigione, queste depressioni temporanee del polso si dileguavano affatto.

§ 9. Il Trousseau, studiando le affezioni del cervello, portava per il primo l' attenzione sopra un fenomeno singolare, ch' ei dichiarò di somma importanza nella meningite encefalica e che si piacque chiamare: *tache cérébrale méningitique.* Egli osservò ne' suoi malati che, toccando la pelle leggermente su la parte anteriore delle cosce, sul ventre o su la faccia, tosto nei punti toccati formavasi un coloramento rosso vivo, il quale presto diffondevasi per qualche centimetro all' intorno, restando più intenso al centro dove persisteva più lungamente, da otto a quindici minuti. Questo fenomeno, prodotto evidentemente da una paralisi vasomotoria, credette il Trousseau che appartenesse esclusivamente alla febbre cerebrale; riconosco, egli scrive, che può trovarsi in altre malattie; « mais tandis que dans la fièvre cérébrale c'est un phénomène constant, invariable, s' observant pendant presque toute la durée de la maladie, depuis la période initiale jusq' à la fin; dans les autres maladies elle (*la tache*) apparaît exceptionnellement, accidentellement [1] ». Or io, in molti malarici, ne' quali non era ombra di

[1] Trousseau, *Clinique médicale de l'Hotel-Dieu de Paris,* t. II, leç. XLVIII, pag. 303 (Paris, Baillière, 1873; quatrième édition).

meningite cerebrale, ho ripetutamente constatato questa macchia iperemica, assai distinta e non fugace. Riferisco tre brevi esempj.

Osservazione X. — Bartolo Giachina, carrettiere palermitano di anni 19, robusto, biondo, è dal mestiere obbligato a viaggiare frequentemente di notte per località paludose; e quindi non ha potuto evitare le febbri intermittenti, per le quali ei ricovrò due volte nella Clinica Medica di Palermo, nel marzo e nel maggio del 1871. L'una e l'altra volta presentò grave infezione e notevolissimo tumore di milza, pulsazione delle vene jugulari, ritardo dell'onda arteriosa periferica. Negl'intervalli apirettici e poi per tutta la convalescenza ci accorgemmo (e questo fu il primo caso) che in qualunque punto si toccasse anche lievemente la pelle, vedevasi tosto comparire una macchia iperemica, che spiccava per parecchi minuti col suo bel rosso vivo sul fondo bianco-pallido della pelle. Il colorito, non occorre dirlo, era più intenso al centro, sfumato ai margini. Con la guarigione il fenomeno scomparve; ma, cosa degna di nota, fu pronto a riprodursi per due giorni di sèguito tosto dopo un accesso di febbre erratica, che colse il Giachina negli ultimi giorni della seconda convalescenza.

Osservazione XI. — Il 10 luglio 1880 prendo in cura il contadino ventiduenne Paolo Vìcari da Borgetto, che per quattro està consecutive è stato attaccato dal miasma palustre nello attendere ai lavori della mietitura. Lo visito mentre ha l'accesso, con una temperatura di 40°,6 C.; e nel frattempo che constato una milza enorme e prolassata, vedo che tutta la parete ventrale ch'io ho palpeggiata s'è fatta rapidamente di un colorito rosso scarlatto che non si attenua ancora dopo parecchi minuti. Poggio lieve l'imbuto dello stetoscopio successivamente sul petto e in cintura, ed ecco apparire una serie di anelli rossi, distintissimi e stabili per oltre ad un quarto d'ora. Identicamente si riproduce il fenomeno alla faccia, alle braccia, al dorso ed alle cosce; e non solo in quel giorno, ma negli altri che seguirono, esenti da febbre, e sempre constantemente (benchè a gradi decrescendo) fino alla guarigione.

Osservazione XII. — Un bambino di due anni, figlio a tal Vito Marceca da S. Giuseppe Jato, mi si presentava a 6 ottobre 1881 con febbre cotidiana, che durava da due settimane circa, accompagnata da disturbi intestinali. Egli era eccessivamente anemico, ridotto pelle e ossa, abbattuto; e presentava uno splene tale che, disceso com'era a riempire la più parte del ventre, rendeva questo grandemente sproporzionato al resto del corpo. La madre aveva già notato il fatto che tenendo a giacere il bambino, i punti su cui il corpo poggiava divenivano sì rossi che pareano risipelati; e lo stesso accadeva, quando lo pigliava in

braccio, ne' punti ove si esercitava la pressione o anche il semplice contatto; ed io trovai appunto che, qualsiasi parte della pelle toccassi anche lievemente, un rossore intenso e durevole ne seguiva. Il fenomeno perdurò fino alla morte del bambino, la quale sopraggiungeva due giorni appresso.

Da queste tre osservazioni e da altre, che per brevità ometto, chiaro emerge che la così detta *tache cérébrale méningitique* del Trousseau non è esclusivo fenomeno della febbre cerebrale, ma appartiene eziandio con uguale costanza alla infezione malarica, febbrile e non febbrile; noto peraltro che, in questa, essa non ha località dove di preferenza e più facilmente si manifesti, ma *in qualunque parte della pelle apparisce, e sempre ad un modo;* e noto altresì che, rara in individui a carnagione scura e ne' vecchi, non manca quasi mai in quelli che hanno pelle bianca e fina e ne' fanciulli.

§ 10. Manifestazioni pur esse dell' alterazione del sistema nervoso centrale per il miasma sono la orticaria, l' erpes, la diarrea, la colica, la tosse, l'albuminuria, la poliuria ecc., che, o accompagnano i parosismi di febbre intermittente, o da sole periodicamente li rappresentano [1].

L' orticaria non è rara; chè 57 volte l' ho veduta accompagnare gli accessi febbrili, 23 volte precederli di qualche ora e non lasciarli che a diaforesi completa, due volte sostituirli affatto. Essa, da quanto ho potuto notare, difficilmente comparisce con le prime o lievi infezioni, ma si presenta con le re-

[1] Cfr. in proposito: G. P. Frank, *Del metodo di curare le malattie dell'uomo,* ecc. ord. I, gen. I, § 25 (Firenze, Piatti, 1816; trad. del Morelli); — Puccinotti, op. cit., P. III, c. IV, p. 73; — Griesinger, op. cit.; — Cantani, *Infezione da malaria* (nel *Morgagni* di Napoli, a. XV, 1873) e Annotazioni alla *Palotogia* del Niemeyer; — Martin e Gibbs presso Hertz, op. cit.; — Leopardi, *Studj ed osservazioni intorno ai malati accolti in un quinquennio nella Clinica medica di Firenze* ecc., v. I, p. 84 (Firenze, Barbera, 1875); — Verneuil *et* Merklen, loc. cit.; — Sorel, *Fièvres intermittentes rebelles* etc., (v. nella *Revue des sciences médicales,* a. X, t. XIX, p. 141; Paris, 1882).

cidivate o con le gravissime; nè trova terreno favorevole che nelle pelli fine, e quindi non mostra molta predilezione per gli uomini; e di fatto, degli 82 casi, 68 appartengono al gentil sesso. Anche l' erpes si riscontra frequentemente, e press'a poco in ugual misura ne' due sessi; ma anzichè ne' casi più gravi, come credette il Nepple, l' ho notato in quelli che vanno più facilmente a guarigione; e la sua comparsa, ritenuta di buon augurio presso il nostro popolo, suole coincidere, 80 volte su cento, con l' ultimo o col penultimo parosismo. Una volta sola ho osservato, in una signora palermitana di 24 anni, bionda e delicata, l'erpes zoster, il quale spuntò col secondo accesso d'una cotidiana e guarì solamente dopo dieci giorni, quando la milza era ritornata affatto al normale.

La diarrea che insorge con l' accesso febbrile e scomparisce con esso, oppure che, nella cachessia, piglia la forma cronica con esacerbazioni notevoli cotidiane ad ora determinata, si è offerta alla mia osservazione ben 32 volte, delle quali 25 spettanti alla seconda forma [1]. Così, pure, 17 volte ho trovato la colica intestinale e 10 la tosse insistente e secca accoppiarsi alla febbre e seguirne esattamente i risalti e gli abbassamenti, scomparendo poi con essa; e sei volte l'albuminuria semplice, con integrità completa del rene [2], una volta l' albuminuria con ematuria, un'altra la poliuria. Questo caso, venuto in persona di tal Anna Candela di anni 13 da Partinico, fu notevole per questo, che negli intervalli l'urina era assai scarsa e rossa con peso specifico alto (1024), mentre ne' parosismi giungeva fino a 3700 c. c., addimostrando un colore pallidissimo, p. s. tra 1005 e 1008,

[1] Questa, recentemente, è stata studiata dal Dr. Lardier. Cfr. *Revue des sciences méd.* cit., a X, (1882), t. XIX, pag. 141-142. Opportunamente qui fo ricordo di due casi, osservati dal prof. C. Federici, ne' quali la diarrea insorgeva improvvisa la notte, larvando l'accesso febbrile o preludendovi.

[2] L'analisi microscopica delle urine diè sempre negative le ricerche per la possibile lesione renale. L'albumina, che del resto non fu mai abbondante, scompariva affatto nelle urine emesse negli intervalli apirettici.

scarsezza de' sali e de' pigmenti. In varj casi, poi, ho visto comparire tracce di bile nelle urine dei febbricitanti; ma è quasi sempre il terzo pigmento che si mostra, nè ho potuto notar mai, in tali casi, che il colorito della pelle o delle fecce subisse modificazione alcuna.

A tutti questi fenomeni, dovuti al profondo disturbo della funzione del sistema nervoso ed al conseguente squilibrio della circolazione, bisogna ravvicinare eziandio tutte le non poche emorragie, libere ed interstiziali, che molti Clinici hanno segnalato nella infezione palustre, e ch'io ho pur notato in pressochè 80 casi; ma poichè nulla di speciale m'è accaduto di osservarvi, mi basta di averne semplicemente fatto un cenno.

§ 11. Ed ora parmi giusto ch'io venga a qualche considerazione sugli stadj delle febbri. Certo, non dirò cose nuove; ma non è privo d'interesse il presentare de' dati che possano al bisogno dimostrare quanto le febbri malariche nostre si avvicinino a quelle di altri paesi o quanto se ne discostino.

L'ora d'invasione della febbre, conformemente alle osservazioni di Griesinger, Jaccoud, Maggiorani, Leopardi ecc., va dalla mezzanotte al mezzodì; ma questo importante fatto, si avverta, non si mostra costante se non se quando l'organismo subisce l'infezione per la prima volta, o anche nelle prime recidive. Quando il fermento specifico ha portato cachessia, vuoi anche non gravissima, gli accessi non si attengono più alla sunnotata regola e si presentano con maggior frequenza nelle ore p. m. e serotine, anzichè nelle matutine. Ne' miei 431 febbricitanti, l'ora d'invasione tra la mezzanotte ed il mezzodì si ebbe in 296; negli altri 135 fu invece tra il mezzodì e la mezzanotte.

Eccettuati i casi di febbri atipiche e larvate e pochi delle subcontinue e delle terzane e quartane doppie, in tutti gli altri il freddo è stato sempre intenso tanto da far battere i denti e scuotere tutte le membra. Solitamente, non tenendo conto dei

5-15 minuti che dànno sensazione di lieve tremore interno irradiantesi dal midollo spinale al resto del corpo, lo stadio del freddo ha la durata media di due ore. Sono rari i casi in cui si va a 3, 4, 5, e più; e allora si tratta, novanta su cento, di una perniciosa; però, non tutte le perniciose hanno presentato un freddo lungo; alcune, anzi, brevissimo.

L'esplorazione della temperatura prima e durante il freddo, in 32 casi dove mi è stato possibile di praticarla con la maggior diligenza e per tutto il parosismo, mi ha mostrato: che già un' ora o mezza prima che il freddo si inizii, si osserva elevamento di 2-5 decimi di grado; che il *maximum* da me ottenuto durante esso freddo arriva a 39°,5 C., che non è il *maximum* della febbre malarica; il quale io ho trovato sempre (meno una volta) nello stadio del caldo, conformemente a quanto osservarono il Maggiorani, il Burresi ed il Leopardi, in opposto al Jaccoud ed al Sydney Ringer[1]. — Se non ci troviamo in presenza d'una di quelle febbri erratiche solite a visitare individui estremamente cachettici, non vedremo mai, durante il periodo del caldo, il termometro tenersi al disotto di 40° C. Questa cifra rappresenta il *minimum* da me riscontrato, mentre il *maximum* me lo dà il 42°,2 C. della perniciosa comatosa che ho riferita alla osservazione IV. La media ordinaria si tiene fra 40°,5 e 40°,8 C.; come la durata media del caldo è di cinque a sei ore. L' abbassamento termico ho visto sempre farsi a gradi e non mai bruscamente, con diaforesi più o meno abbondante, oppure (se la diaforesi è scarsissima e quasi nulla), con diuresi notevole. Questo terzo stadio si prolunga a due ore o tre al più; e avverto, ch'io piglio come termine estremo quel punto in cui il termometro è sceso completamente al grado fisiologico. Il qual grado fisiologico, dopo un accesso di febbre intermittente,

[1] Cfr. Maggiorani, *Ragguaglio di un secondo triennio di Clinica medica nella R. Università di Palermo*, p. 10 e seg. (Palermo, Lao, 1870); — Leopardi, opera citata, pag. 79-81.

è sempre al disotto di 36°,8 C., secondo mi risulta da numerose osservazioni; in base alle quali posso assicurare che non c'è vero nè durevole sfebbramento quando il calore si ferma a 37° C., o meglio ancora, al disopra di questo grado.— L'intero parosismo si svolge, in media, nel periodo di dieci od undici ore; ma in singoli casi perniciosi l'ho visto prolungare fino a 23, 34, 48 ed anco 78 ore! Ma tali casi (meno qualcuno, che si salva contra ogni previsione e speranza, come quello ch'è segnato alla mia osservazione III), si capisce bene che debbono riescire tutti sicuramente letali. I parosismi incompleti si riscontrano rari, ed in quelle febbri che molte volte hanno recidivato e colpiscono, perciò, organismi malandati per cachessia. D'ordinario, è lo stadio del freddo che manca, o se n'ha una sfumatura; ma non ho visto mancar mai lo stadio del sudore, ch'è anzi più lungo e dà una secrezione più copiosa che nelle febbri ordinarie. Il tipo inverso, poi, non m'è accaduto giammai di osservarlo.

§ 12. Poichè al miasma palustre nessuno si acclima (nè io finora ho potuto trovar uomo, per sano e robusto che sia, il quale esposto all'azione del virus malarico, non abbia, prima o poi, dovuto soccombere); e poichè, anzi, l'averne sofferto una volta costituisce già una condizione sfavorevole, una disposizione grande a nuove infezioni; ne viene di conseguenza che un organismo abbondevolmente o ripetutamente attaccato da queste, ne conserva tracce profonde ed incancellabili o ne subisce più gravi effetti nelle successioni morbose.

La milza, prima e sicuramente e sempre invasa da' germi morbiferi, ritorna allo stato fisiologico con la guarigione dei primi accessi malarici; ma rinnovandosi questi, si rinnovano gli ingrandimenti dell'organo; e quindi, venendo in esso per le ripetute iperemie a proliferare il tessuto connettivale, la *restitutio ad integrum* non si ha più. Ho preso nota di numerosi tumori splenici veramente colossali, sì che alcuni riempivano si può dir

tutta la cavità dell'addome, costringendo gli altri visceri in piccolo spazio o spingendoli in alto a scapito della cavità del torace; e i diametri più estesi da me incontrati, sono: di centimetri 22 per 27, 26 per 42, 25 per 44, 27 per 49, 32 per 50; ed appartengono ad undici infermi che vennero tutti a morte, vittime della malaria di Ficarazzi, di San Giuseppe Jato, e di Balestrate. In tre casi di essi, la milza era in preda a degenerazione amiloidea.

Quando lo splene, senza pur essere pervenuto a sì enorme volume, n'ha acquistato però tanto che il suo peso ecceda non poco il normale, avviene, novanta su cento, che si fa *mobile;* perocchè il ligamento frenico-lienale, incapace a resistere alla continuata trazione, si lascia gradatamente distendere. Io ho incontrato ben 92 volte la milza prolassata e mobile, e 16 con prolasso ma senza mobilità, a causa di aderenze che il viscere aveva contratte per perispleniti o peritoniti circoscritte.

La glandola epatica risente pur essa con una certa frequenza gli effetti dell'infezione anche di mediocre intensità, subendo iperemie più o meno pronunziate; le quali, ripetendosi poi o prolungandosi per la ripetuta o continuata azione del miasma, dànno luogo alla infiammazione interstiziale cronica del viscere con esito d'atrofia. Tornerò, in altro lavoro che si leggerà più oltre, su questa forma di epatite, la quale tra noi solo per piccola parte deriva dall'abuso degli alcoolici, mentre più comunemente ed indubbiamente piglia origine dalla malaria [1]; qui mi basta notare che, come sicuro prodotto di questa, l'ho trovata 83 volte (79 in uomini e 4 in donne), e, in rapporto alla età, 49 volte da' 30 a' 40 anni, 18 da' venti a' trenta, 11 da' quaranta a' cinquanta, e 5 da' dieci a' venti. Il decorso è stato lungo sempre, da sei mesi a due anni.

[1] Il Tommasi (Salvatore) ed il Cantani sono stati tra' primi e più strenui sostenitori della innegabile e frequente *causa malarica* nella etiologia della epatite interstiziale: oggi, quasi tutt'i patologi l'ammettono.

Come postumi d'infezione miasmatica ho, in oltre, da registrare otto casi di nefrite cronica diffusa, tre di degenerazione amiloidea de' visceri addominali e due di endocardite. Di queste ultime, il caso, occorso in persona di Angelo Taormina da Borgetto, ch'io ho potuto studiare dal principio alla fine, presenta molto valore dimostrativo per gli effetti della malaria sul cuore e rincalza le poche osservazioni che in proposito ci hanno dato il Tommasi (Salvatore), il Lancereaux, il Colin col Vallin, ed il Pelaggi [1].

Osservazione XIII. Il Taormina non era stato mai infermo. Nell'està del 1878, nella qualità di manovale, era addetto a' lavori ferroviarj nella Stazione di Zucco, vivajo ben noto d'intensa malaria. È naturale che un garzone a 14 anni, quant'egli ne contava, non avesse lungamente a rimanere immune; e di fatto, non era scorso un mese, ch'ei dovette restituirsi in famiglia, avendo già subíti cinque o sei gravi accessi di cotidiana. Guarito, recidivava dopo circa venti giorni, e questa volta (21 agosto) mi accusava mancanza di respiro, palpitazione e senso d'oppressione al cuore; ma nulla potei notar di morboso in questo viscere, e però messi a conto del miasma i lamentati fenomeni, che ritenni transitorj.

Poche settimane trascorsero ed il Taormina, essendosi rimesso al lavoro nell'istessa località palustre, si avvide come facilmente si stancasse e come, volendo far qualche sforzo o trasportando materiali un po' pesanti, rimanesse oppresso da ambascia e da acceleramento tale dell'azione cardiaca, ch'era costretto a riposarsi per qualche minuto. Consultato un medico sul luogo, n'ebbe questo consiglio, ch'egli poco appresso seguì: « Imparate un mestiere meno faticoso, perchè avete una lesione al cuore ».

Io rividi l'infermo il 31 agosto del seguente anno, quando, superati due nuovi accessi di febbre intermittente, fu preso da grave affanno di respiro e da tosse assai molesta, nel tempo stesso che gli si gonfiavano per edema i piedi. Trovai esagerato l'impulso del cuore, ingrandita l'area, un distinto rumor di soffio sistolico alla punta; e poi cianosi, polsi piccoli, edema polmonale. In sèguito, con opportune cure, il Taormina migliorava alquanto; sì ch'io lo perdetti di vista fino al 6 ottobre 1881, allorchè per nuovo e più grave

[1] Cfr. *Bulletin général de thérapeutique* (Paris, 1874);—*Lo Sperimentale*, v. XXXIV, pag. 72 (Firenze, 1874);—G. Pelaggi, *Effetti della malaria sul cuore e sui vasi* (nella *Rivista Clinica di Bologna*, serie 2ª, anno V, gennajo 1875).

edema alle gambe, affanno di respiro e tosse quasi continua mi richiamava a visitarlo. Anche questa volta, dopo quasi un anno di salute relativamente buona, una ricaduta di febbre malarica avea rinnovato i disturbi circolatorj, che si presentavano con maggiore imponenza di prima. Di fatti l'infermo non potea tenere che la posizione eretta, ed in questa bisognava rimanesse per conciliare pochi istanti di sonno la notte, appoggiandosi a molti cuscini. Osservai quel che innanzi non c' era stato, un impulso epigastrico piuttosto forte; il rumore sul ventricolo sinistro era nettamente presistolico e corrispondeva ad un fremito tattile assai distinto. Sul focolajo aortico i toni alquanto cupi, mascherati da' grossi rantoli bronchiali.

L' uso della digitale rimesse alquanto in calma il malato; se non che, nel febbrajo 1882, avendo ei vegliato varie notti per assistere un fratello che fu in pericolo di vita, riebbe per tre giorni le febbri accessionali; e allora sentì d'un tratto aggravare siffattamente il suo stato, ch' aderì al mio consiglio di ricovrare nella Clinica Medica palermitana, dove stette dal 31 marzo al 24 aprile.

Dall' accurato esame, che allora si praticò, levo questi particolari: — Faccia pallida, labbra cianotiche, dispnea e tosse notevole; mani e piedi freddi, questi ultimi fortemente edematosi; polsi piccoli, fuggevoli, che spesso si rallentano negli atti d'inspirazione. Il torace è deformato, con forte inarcamento dal corpo dello sterno all' epigastrio. Questo e le arcate costali si deprimono ad ogni inspirazione. La punta del cuore non si vede battere; però col palpamento si sente un impulso profondo ma distinto ed un fremito superficiale, prolungato, interrotto dall'urto cardiaco, sensibile al 5° spazio intercostale tra la linea parasternale e le amiclavicolare; all' epigastrio invece, dove l' occhio avverte anche una oscillazione, l' impulso cardiaco si riscontra più energico. L'area del cuore, che dà resistenza ed ottusità massima, appare in figura tondeggiante più estesa nella sezione sinistra, e misura in circonferenza cent. 49. I toni sono molto affrettati, coperti dal respiro rinforzato con rantoli sonori numerosi; si ode alla punta il primo tono poco netto ma gagliardo, il resto della rivoluzione cardiaca convertito in un rumore un po' aspro; sullo sterno, tanto il 1° che il 2° mischiati a rumor di soffio; sul focolajo aortico l' istesso fatto, ma meno sensibile; alla tricuspide, il 1° seguíto da leggero soffio. Facendo sospendere per poco la respirazione, questi fatti riescono più evidenti, e i rumori si sentono estesi fino alla linea ascellare media sinistra.—La milza è ingrandita: il fegato sporge col suo margine dall' arcata costale.

Duolmi che alla storia clinica io non possa far seguire il reperto necroscopico; poichè i parenti del Taormina vollero ad ogni costo portarlo via quasi morente dall' Ospedale, sì ch' io lo per-

detti completamente di vista; tuttavia, in quel che ho registrato è già tanto, che possiamo procedere senza inciampi nel nostro giudizio. Il vizio cardiaco si sviluppa qui senza la precedenza de' soliti reumatismi o delle solite cause più o meno comuni, ma in seguito alla infezione malarica, la *sola* infermità che avesse e ripetutamente colpito il Taormina. Sin dal primo momento che il virus morbifero invase il giovane organismo, dispiegò la sua azione malefica sul cuore, sì che presto vi recò lesione; la quale, in maniera evidentissima, veggiamo aggravarsi ed estendersi di più ad ogni ricaduta nelle febbri; chè dal semplice disturbo funzionale de' primi accessi di queste, si viene presto alla endocardite con sintomi d'insufficienza della mitrale, poscia a stenosi dell'orificio mitrale, cui si unisce, nell'ultimo periodo, anche la lesione delle semilunari aortiche.

L'altro caso riscontrai nell'ottobre 1881, in un vetturale quarantenne di Montelepre, tal Giuseppe Troja; ma qui la insufficienza della valvola mitrale, che parve si svolgesse rapida e grave dalla endocardite, si arrestò ad un tratto dopo alquanti giorni, venendo probabilmente compensata; perocchè, nelle ulteriori osservazioni, non altro potei constatare che una discreta ipertrofia cardiaca residuale ed il primo tono alla punta un po' cupo. Queste condizioni persistevano identicamente dopo un anno.

§ 13. Tra' postumi della malaria, oggidì trova indubbiamente luogo la tisi, essendo erronea ed insostenibile la opinione che tra le due malattie esista antagonismo [1]. Questa tisi, *acquisita*, secondo la distinzione che fa il Jaccoud, « ne peut être rattachée qu' à la débilité générale, à l'hypotrophie ou dystrophie qui est la base commune de toutes les phthisies [2] ». Le osservazioni

[1] Cfr. Hertz, op. e loc. cit., pag. 469; — C. Federici, *Letture cliniche*, p. 19-25 (Bologna, Monti, 1863), dove è riferita una importantissima storia clinica in proposito. È da ricordare ancora il bel caso pubblicato dal Tommasi (S.).

[2] Jaccoud, *Curabilité et traitement de la phthisie pulmonaire*, deux. leç., p. 37 (Paris, Delahaye et Lecrosnier, 1881). — Cfr. dello stesso Autore: *Traité de pathologie interne*, tome I, deux. partie, troisième classe, liv. IV, chap. VIII, p. 1057.

ACCADEMIA DI MEDICINA DI TORINO

mie a questo riguardo mi hanno mostrato che la tisi, e nella forma acuta (tubercolosi miliare) e nella forma cronica (polmonite caseosa, bronco-alveolite), attecchisce con la massima facilità in individui cachettici per lunga azione della malaria, senza che in essi possano dimostrarsi elementi di eredità o predisposizioni date dalla costituzione o da altri anteriori morbi. Gioverà che, tra le 22 che n'ho, io riferisca le tre storie cliniche seguenti.

Osservazione XIV.—Leonardo Greco da Borgetto, villico tarchiato di anni 24, con genitori e nonni sani e vivi tuttavia, dal suo 16° anno in poi non vide passare un autunno senza che non fosse stato travagliato dalle febbri palustri, mentre in antecedenza non aveva avuto mai di che lagnarsi. L'ultima ricaduta nella cotidiana l'ebbe ne' primi dell'ottobre 1882; ed io, ch'anche questa volta lo tenni in cura, notai come grave fosse in lui il deperimento e la oligoemia; ma non altrimenti poteva essere in chi, come lui, portava da più anni una milza colossale e irriducibile. Del resto, sani completamente apparivano tutti gli altri organi.

Erano da poco cessate le febbri quando il Greco, recatosi contra ogni consiglio a fare personalmente il ricolto delle olive in un suo campicello, affaticandosi oltre il dovere e il potere e sudando e bagnandosi a vicenda (chè più volte lo soprapprese la pioggia), incorse in un catarro, che disgraziatamente trascurò. Due settimane dopo (si era già al Natale), al catarro si aggiunse febbre, che invadendo con brividi nel pomeriggio, si scioglieva nella notte con sudore abbondante; e poichè la chinina, cotidianamente presa per oltre a quindici dì, non ebbe possa questa volta a rimuovere neppur un accesso, l'infermo veniva il 16 gennaro in Palermo a ripresentarmisi.

Lo veggo estremamente pallido, consunto nella nutrizione e nelle forze, dispnoico, che tossisce spesso, ma non cacciando che scarsi e tenui sputi grigio-biancastri poco densi. Al torace, lievi e irregolari differenze di suono tra' due lati; respiro aspro e breve, con rantoli fini e sibilanti dapertutto. Polsi piccoli, frequenti; temperatura febbrile tutto il dì, oscillante fra 38°-38°,3 C. la mattina, e 38°,9-39°,6 C. la sera; sudori copiosi la notte; ventre ostinatamente chiuso, sensibile al tatto; urine scarse, leggermente albuminose; milza inalteratamente voluminosa. Questi sintomi aggravando rapidamente, il 26 gennaro accadeva la morte; la quale mi dava agio di riconfermare con la necroscopia la diagnosticata tubercolosi miliare acuta, di cui rinvenni gremiti il polmone, la pleura, il pericardio, il peritoneo ed i reni.

Osservazione XV.—Il sig. Francesco Proto, di Milazzo, di anni 32 circa, di sche-

letro sviluppato e ben fatto, senza elementi morbosi gentilizj nè malattie antecedenti, dal 1872 in poi ha fatto abituale dimora o in una proprietà sua malarica o nel micidiale molino di Taurro: e quindi, per tutto un decennio, e' s'è dibattuto senza posa tra febbre e cachessia, non potendo del tutto abbandonare, per ragioni domestiche, quelle nefaste località. Nella prima metà di febbrajo 1883 incorse in una polmonite fibrinosa sinistra, limitata al centro, la quale pareva seguisse un corso regolare, senza grave febbre (39°,3-40° C.), con moderata dispnea, con sputi densi rugginosi, non abbondanti; se non che, trascorre il primo settenario e il secondo ancora, e invece della sperata risoluzione, si trova il grado di ottusità flogistica negli stessi limiti di prima, inalterato il soffio bronchiale, i rantoli scarsi e sonori, lo sputo verdastro, la febbre con remissioni larghe la mattina, ma non mai intermessa del tutto; evidentemente, l'essudato era passato alla caseificazione.

Da questo punto tutt' i segni della tisi vengono in campo, ed a malgrado ogni cura, inesorabilmente e rapidamente progrediscono. Verso la fine d'aprile cominciano a mostrarsi sputi affatto purulenti, nummulari, discretamente copiosi, mentre i segni della caverna si rendevano manifesti con l'ascoltazione all'angolo inferiore della scapola e alla cavità dell'ascella. Poco appresso poi, il giorno 29, ecco una copiosissima emottisi che si protrae per una settimana, resistendo a tutti gli emostatici. Una seconda volta, pur copiosa, riproducevasi ne' giorni 17, 18, 19 e 20 maggio; una terza, più grave di tutte, dal 10 al 15 giugno, lasciando l'infermo quasi affatto dissanguato. L'esito finale si aveva l'8 di luglio. In tutto il periodo che corse dal 20 aprile al giorno della morte, la febbre non lasciò mai l'infermo, mantenendosi ad un grado alquanto elevato (39°,5-40°,2 C.) con remissioni matutine di poco rilievo. È a notare che, fino agli ultimi giorni di vita, nessun segno dimostrava che si fosse fatta tubercolizzazione diffusa [1].

Osservazione XVI.—Febronia Scalisi, di anni 16, operaia di Borgetto. Questa giovane, proveniente da genitori sani e vivi tuttora, con nonni paterni e materni che sono esempio di longevità, pervenne all'età pubere (13 anni) con uno sviluppo corporeo ed una floridezza invidiabile. L'anno appresso, però, contrasse le febbri palustri, le quali, trascurate prima e malcurate poi, la resero presto cachettica. A varj intervalli subì recidive, non gravi in apparenza, ma tali per certo se si consi-

[1] Altro caso identico a questo del Proto ho avuto (luglio-sett. 1883) nella *Sala Ingrassia* della Clinica Medica, in persona della diciassettenne Antonina Costanza da S. Giuseppe Jato. Anche qui una polmonite fibrinosa sinistra (febbrajo 1883) passò alla caseificazione, e la fusione dell'essudato diè luogo alla caverna. La giovane non portava eredità morbosa, nè altre malattie aveva sofferto che le febbri intermittenti per il corso di sei anni (1876-1882). Il tumore di milza residuava tuttavia. La Costanza moriva l'11 ottobre al suo nativo Comune.

dera il deterioramento fisico a cui la ragazza era venuta e l'aumento che seguitavano a portare nel suo splene, già voluminoso abbastanza. Gli altri organi erano però affatto sani.

In tali condizioni accadde, ne' primi del marzo 1883, che la Scalisi cadendo battesse il petto con una certa violenza contro una scala a pioli; in seguito a che, qualche ora dopo venne uno sbocco di sangue piuttosto copioso, che si potè arrestare con l'applicazione immediata del ghiaccio su la parte destra (dove principalmente s'era fatto l'urto e si udivano rantoli) e con l'uso interno del percloruro di ferro. Non si ebbe febbre ne' giorni che seguirono, nè altri disturbi, sì che tutto pareva andasse per la meglio; quando, scorse due settimane, si manifesta qualche colpetto di tosse secca, che si fa di giorno in giorno più insistente e stizzosa, e poc'oltre si accompagna anche una febbre serotina, iniziantesi con senso di intirizzimento alle estremità. La fisonomia della giovane si profila rapidamente, la denutrizione viene estrema.

Rivisitando il 3 maggio l'inferma, non mi è dato di trovare un punto del torace in cui ci sia smorzamento di suono; come, ascoltando, non odo altro che respiro vescicolare aspro, qua e là interciso, espirazione prolungata, e qualche fine rantolo sparso; però questi sintomi, messi in rapporto con lo stato generale oltre ogni dire miserevole, la febbre continua e discretamente alta (38°,6-39°,8 C.), i polsi celeri e tenuissimi, i sudori notturni, la dispnea, la diarrea che si alterna a stitichezza, i dolori ventrali ec., non lasciano alcun dubbio sull'esistenza della tubercolosi miliare acuta. La quale, nel presente caso, prese origine dalla accidentale emorragia; ma questa, possiamo affermarlo con una tal quale sicurtà, non avrebbe condotto a quella, se nell'organismo infiacchito e cachettico della Scalisi non si fosse trovato terreno adatto e ben disposto allo sviluppo del tubercolo. La disgraziata giovane è morta il 16 agosto. Corsi in Borgetto per eseguire la necroscopia; ma per un deplorevole incidente, essa non potè aver luogo.

§ 14. Poche cose dirò in rapporto alla terapia.

Constatata fuor d'ogni dubbio la infezione da malaria, non c'è altra indicazione che quest'una: *Somministrare la chinina quanto più prontamente si può, in dose sufficiente, in maniera che si possa star sicuri sull'assorbimento di essa, e per tutto quel tempo ch'è necessario perchè i germi malarici periscano e vadano eliminati dall'organismo.*

Molte cure dànno risultati incompleti o nulli per la trascuranza d'uno o più di questi precetti. E in vero, consapevoli delle alterazioni profonde che il *bacillus malariae* porta nel sangue e negli

altri tessuti organici e de' pericoli gravissimi che da un momento all'altro può dare, a che ci balocchercmo aspettando che varj accessi febbrili si svolgano prima di ricorrere al potente farmaco? La missione del medico non è quella soltanto di conservare la vita, ma le forze altresì e l'integrità organica dell'individuo; e se ha potuto trovar luogo e fautori la credenza, che le febbri intermittenti curate al primo apparire dànno facilissime recidive, gli è perchè la cura è stata sempre o insufficiente o incompleta. Se la infezione malarica si vuol vincere davvero, e' non bisogna accostarsi con mano timida alla chinina; la quale, e mi scusi qui l'esimio Prof. Tomaselli, non ho visto, in questa palermitana provincia, che porti con frequenza quegli effetti d'intossicamento che egli ci ha descritti [1]. È ben vero che qualche raro caso d'intolleranza alla chinina si ritrova, per speciale, diciamo così, idiosincrasia; ed io n'ho segnato uno singolarissimo, in persona della signora Francesca Marino da Partinico, nella quale una piccola dose di sali chinici data durante l'accesso porta costantemente aumento della febbre, vomiti di materiale viscido bianchiccio, e convulsioni talora, anche se amministrata a insaputa di lei e per via del retto; data negl'intervalli, o, quel ch'è più strano ancora, eziandio in istato di sanità, bastano 25 centigr. di chinina per accendere un accesso di febbre di 4-8 ore,

[1] Vedi: S. Tomaselli, *La intossicazione chinica e la infezione malarica illustrata da molti casi clinici: contribuzione all'esistenza della febbre per la chinina* (Catania, 1874); — *La intossicazione chinica* ec. (seconda memoria: Catania, 1877).—Le idee del Tomaselli furono sostenute con altri casi clinici dai dottori Cassone, Restuccia, Galvagno, Ughetti, Birelli, Gigante-Re, Karamitzas ec., e combattute da' dottori Rizzo-Matera, Silvestrini e Conti, Le Roy de Méricourt, Corre ec.—Cfr. *Osservatore medico* di Palermo, serie terza, a. XIX, vol. VI (1876); a. XX, vol. VII (1877); a. XXI, vol. VIII (1878); a. XXIII, vol. X (1880); a. XXV, vol. XII (1882); — *Lo Sperimentale* di Firenze, a. XXXII, vol. XLI (1878);—*Italia medica* di Genova, n. 23, del 1882; — *Rivista Clinica di Bologna*, a. 1882, p. 490-491;—*Bullettino delle scienze mediche* di Bologna, serie VI, vol. IX ec.

alto fino a 40° C., preceduto da brividi e seguito da sudore, senza nessun altro fenomeno; ma ognun vede come e quanto quest' unico caso da me osservato diversifichi da' molti ch' ha descritti il Tomaselli, ne' quali i vomiti biliosi, la diarrea siero-biliosa, l'ematuria, la dispnea, si presentano come sintomi costanti; tanto che ebbe, appunto per ciò, a notare il Corre, or non è molto, come già il Le Roy de Méricourt, che le storie cliniche del chiaro Professore di Catania debbonsi considerare non come casi di intossicazione chinica, ma di febbre bilioso-ematurica [1].

D' ordinario io amministro i sali di chinina in dose cotidiana non inferiore ad un grammo, negli adulti; ma sono andato, senz' alcun dubbio di inconvenienti o pericoli, più in là, e fino a 3 e a 4 grammi ne' casi gravi o perniciosi; ne' quali ultimi poi, senza attendere che il parosismo si compisse, non ho esitato un istante a introdurre il farmaco per la via ipodermica, ch' è la via più sicura e più breve e da preferir sempre in simili casi [2]. In quelli ordinarj, mi giovo il più spesso d'una forte decozione di china entro la quale è sciolto un grammo di solfato di chinina la mercè di ugual dose di elixir acido di Haller, ch' è la formola combinata e meritamente preferita dal Prof. Federici [3]; e sì questa pozione, come il sale in cartine, io soglio amministrar in maniera che l'ultima dose preceda almeno di tre ore il consueto iniziarsi del parosismo. Il quale, novanta su cento, è già remosso quando una discreta quantità di chinina è passata nel sangue; ma se pensiamo quante spore malariche restano tuttavia e nel sangue stesso e nella milza e negli altri tessuti e organi, spore che si

[1] Corre, opera cit., cap. IV, pag. 217-218.

[2] Chi per tema degli ascessi, che alcune volte seguono le injezioni ipodermiche di chinina, si astiene da queste, mostra di sconoscere che la vita d'un uomo sta spesso su la punta dell'ago della sciringhetta di Pravaz. Del resto, se la soluzione e la injezione si fanno secondo scienza e arte, gli ascessi sono rarissimi. Io adopro di preferenza l'idroclorato, solubile affatto in semplice acqua distillata che riscaldo fino a 40° C. circa.

[3] Cfr. C. Federici, *Letture cliniche* cit., a pag. 4.

sviluppano e moltiplicano maravigliosamente, ben dobbiamo giudicare che non è possibile ritener finita la infezione con la interruzione degli accessi febbrili; e quindi la necessità di continuare ancora un pezzo e nella proporzione stessa le somministrazioni del sale di china, fino a che (e questo serve a noi di sicura norma) il tumore splenico non è più suscettibile di ulteriore riduzione e l'aspetto dell'infermo ha ripreso espressione, tranquillità, colorito relativamente buono. Da questo momento, certi quasi affatto che i parosismi non si riprodurranno, cominciamo la cura ricostituente co' ferruginosi, accompagnandovi tenuissime dosi di chinina. Quando complicazioni gastriche o altre difficoltà ci fanno giustamente dubitare dell'assorbimento del farmaco o ci impediscono di amministrarlo per bocca, allora ci consigliamo secondo i casi e secondo i dettami della scienza, o facendo precedere un purgativo (dato che urgenza non ci sia), o servendoci della via che ci offre il retto, o del metodo ipodermico, che potendo anteponiamo; ma non mai del problematico metodo endermico, e molto meno delle costose ed inutilissime frizioni su la pelle.

Anche nelle cachessie è il chinino, lungamente e largamente usato, quello a cui principalmente si debbono reali vantaggi e stabili successi; ben intesi però, che non si debbono pretermettere i ricostituenti, igienici e medicamentosi.

Se l'univoca esperienza di due secoli, ed ora anche gli sperimenti di Ceci sul bacillo [1], assicurano ai preparati di china un potere antimalarico insuperato e quasi specifico, non è a dire lo stesso de' tanti succedanei antichi e recenti, co' quali s'è sperato di avere un rimedio che possa, pel poco costo, essere alla portata di tutti. Dopo ripetute e non iscarse prove, ho la convinzione

[1] Cfr. A. Ceci, *Dei germi ed organismi inferiori contenuti dalle terre malariche e comuni, ricerche sperimentali* ec., nello *Archivio per le scienze mediche* di Torino, vol. VI, a. 1882, pag. 8 e segg.; — Tommasi-Crudeli, opera e volume cit., pag. 167.

che tutt'i succedanei fin qui escogitati valgono ben poco di fronte al chinino, e sono insicuri. Può l'idroclorato di berberina, può la tintura d'eucalipto, può l'acido carbolico ec. rendere qualche servigio, massime in certi casi d'intolleranza pe' chinacei, e però è bene che il medico li conosca e li abbia fra mano; ma solamente nel chinino bisogna por fede ne' casi gravi e pericolosi. L'acido arsenioso pare alquanto efficace nelle febbri che durano da lungo tempo (in ispecie terzane e quartane) e nelle cachessie, insufficiente ne' casi gravi; ma io ho ancora pochissimi fatti da mettere avanti, nè tutti potuti seguire come avrei desiderato, e però non ne dico altro. L'arseniato di chinina, che si credette dovesse fornire il *non plus ultra* dell'azione contra la malaria e che si amministrò a milligrammi, oggi, dopo le prove fattene dal Baccelli, non è più nè temuto nè stimato come prima; ma tuttavia non è un rimedio da rigettarsi affatto, ed io l'ho trovato sovente proficuo in certi casi ne' quali gli altri preparati chinici davano risultato incompleto. Nelle dosi però non ho creduto di spingermi sì innanzi quanto l'illustre Clinico di Roma; 40-60 centigr. del sale, per ogni giorno, è stato sufficiente allo scopo [1].

Della decozione di limone fresco, che ultimamente il Dr. Maglieri ha caldamente raccomandata come quella che « dà risultati eguali ed anche migliori del chinino, e che non solo riesce attiva quando riesce attivo il chinino, ma anche quando questo rimedio manifestamente più non agisce »; e che godrebbe, insomma, i vantaggi dell'alcaloide senza averne gli svantaggi, compreso il costo elevato [2]; di questa decozione, dico, ho voluto far

[1] Il Baccelli giunse ad amministrarne 33 granelli in un sol giorno e 12 in una sola volta: vedi, nell'*Archivio di Medicina, Chirurgia e Igiene* di Roma, anno II (1870), pag. 65 e segg., il suo scritto: *L'Arseniato di Chinina e le Febbri da malaria, lezione clinica.*—Consulta ancora: Murri, *L'arseniato di chinina ad alte dosi* (Roma, 1871); — C. Federici, *Sopra un caso d'istero-epilessia*, pagina 7 (Palermo, 1872).

[2] C. Maglieri, *Di un nuovo rimedio contro le febbri malariche* (vedi *Il Morgagni* di Napoli, anno XXIV, 1882, pag. 751 e segg.).

anch'io prova, in tre casi ove a nessun pericolo poteva essere esposto l'infermo; ed i risultati son questi: — Che in una cotidiana ed in una terzana, recidivate per la quarta o quinta volta in un semestre, ottenni la assoluta cessazione degli accessi periodici non solo, ma eziandio la riduzione pressochè completa della milza ed un miglioramento notevole nella cera degl' infermi; — che nel terzo caso, pur di cotidiana che recidivava dopo quattro mesi, vidi interrompersi tre parosismi, ma tornare il quarto e varj altri seguenti, a malgrado che non si fosse sospesa l'amministrazione del rimedio; e però dovetti ricorrere alla chinina, che diè risultato sùbito e durevole. In altri tre casi di cotidiana, nella *Sala Puccinotti* della nostra Clinica Medica, il mio egregio collega Dr. Mannino segnò una guarigione anch'egli, ma due insuccessi [1]. Io perciò nulla concludo, nè pro nè contra, in rapporto al nuovo rimedio, proponendomi di seguitare a sperimentarlo più largamente, in que' casi in cui con sicura coscienza mi vi potrò accingere. E questo dico non per poca fede ch'io abbia nelle diligenti osservazioni del Dr. Maglieri; ma perchè di venire a deduzioni sicure e assolute mi pare che non sia il tempo ancora, e perchè dubito che la decozione di limone non abbia che l'efficacia di tanti altri rimedj empirici, i quali in qualche caso vincono le febbri periodiche che più ostinatamente aveano resistito a' preparati di china, mentre che poi in tutti gli altri casi, anche lievi, non possono vantare un successo. E chi sconosce, di fatto, che certi rimedj popolari, certe pratiche superstiziose o gli *amuleti* financo, ne' quali anche oggidì il cieco volgo serba credenza, giungano talora a guarire le febbri intermittenti palustri? E chi sconosce che il terrore, o altre varie forti passioni, o anche un grave disturbo dietetico, sien capaci di guarirle ugualmente? Perocchè non dobbiamo relegar tra le favole quanto sul proposito ci è narrato dal Wesel, dal Ludwig,

[1] Due altri insuccessi in due casi di sua osservazione mi comunica (mentre rivedo queste stampe) il Dr. Giuseppe Marano da Salemi.

da Ludovico Muratori, da Marcello Donato, dal Frank, dall'Hertz e da altri [1]; ed io stesso posso richiamare, a conferma, il caso del sig. Giuseppe Salomone da Borgetto, che da una quartana ribelle si liberò affatto dopo la improvvisa caduta in un fiume, grosso per tempeste invernali, con pericolo di rimanervi annegato; — l'altro caso del sig. Vito Bommarito da Terrasini, che da un'altra quartana ostinatissima videsi come per incanto salvo dopo che un acquazzone lo rese fracido marcio in campagna, ov'egli contra il divieto del medico erasi recato febbricitante;—ed un terzo caso, di una grave cotidiana anticipante ch'io vidi scomparire d'un tratto nel villico Francesco Cangialosi da Borgetto, a cui fu tirato, mentr'era con la febbre, un colpo di fucile (1872); ed in questo caso, senza che si adoprasse chinino, ho potuto constatare la quasi completa involuzione della milza, che ne' dì innanzi era in modo notevole tumefatta. Riferisco, in fine, un quarto caso, e questo più stesamente.

Osservazione XVII. Rosario Faranda da Casale di Foresta (provincia di Messina), uomo di eccessiva eccitabilità nervosa, a 17 anni fu preso da febbri malariche a tipo terzanario, che presto mutossi nel quartanario. Ogni cura medicamentosa, più o meno razionalmente fatta, riuscì inutile; tutti i preparati di china non diedero risultato, successivamente provati; onde la febbre, serbandosi sempre quartanaria, si protrasse per due interi anni. Un giorno, sopraggiunto il solito accesso febbrile, il Faranda, grandemente stremato di forze, non appena cessato lo stadio del freddo si mette disperatamente a ingoiar fichidindia, fichi, pasta, poponi, e ne manda giù tanta copia che gli è impossibile perfino di muoversi. Sopravvenuto nel frattempo il padre, uomo violento, punì la bestialità del figlio con una buona serqua di legnate: e intanto nel figlio si manifestava copioso vomito e poco appresso diarrea profusa; fenomeni che si protrassero tutta la sera e la notte in maniera assai intensa. L'indomani il Faranda era più di là che di qua, e però varj giorni trascorsero prima che potesse aver tanta forza da mettersi in piedi; ma il fatto fu, che dopo il grave disturbo portato al sistema nervoso dal disordine dietetico e dalle bastonate pa-

[1] Wesel, *De terrore, disser.* (Jenae, 1697);—Ludwig, *De terroris in corpus humanum vi* (Lipsiae, 1790);— Muratori, *Filosofia morale* (Milano, 1796);— Morelli, *Annotazioni* a Frank, op. e l. cit., § 25;—Hertz, op. cit., p. 519.

terne (le quali il Faranda afferma che l'atterrirono) scomparì affatto la ostinatissima febbre quartana; la quale non ricomparve mai più, senza che ci fosse uopo di ricorrere a nessun altro medicamento. Il grosso tumore di milza si ridusse completamente allo stato normale nel corso di pochi dì.

Di questi fatti, già invocati a sostegno della teoria che voleva d'indole nevropatica le febbri intermittenti, non possiamo ancor dare con la dottrina parasitaria una spiegazione che in tutto soddisfaccia; nondimeno, a chi consideri quanto e come una grave perturbazione o modificazione del sistema nervoso influisca sulle funzioni degli organi e de' tessuti ed anche sulla vitalità di essi, non è difficile forse l'immaginare che l'organismo umano possa in tali casi sbarazzarsi dell' agente morbifero, il quale non trova più, col nuovo stato, le condizioni favorevoli alla sua prosperità ed alla sua vita.

Ma le ipotesi, le spiegazioni, più o meno vere, più o meno ingegnose, possono variare da un dì all'altro; stabili non restano che i fatti, se diligentemente e senza preoccupazioni indagati; ed è appunto in grazia di essi, ch'io mi lusingo che alcuna importanza e considerazione abbia a venirne a queste mie pagine.

ANNOTAZIONE

La dottrina che assegna origine parasitaria ai morbi da infezione, sorretta da' fatti bene osservati e dagli sperimenti, trova oramai dapertutto numerosi e fervorosi seguaci, essendo essa « fra tutte le ipotesi imaginate per ispiegare la genesi e la natura delle molteplici e svariate malattie d'infezione, la più artificiosa e la più seducente non solo, ma anche la più razionale ». L'agente produttore delle malattie palustri, ritenuto fin da tempi antichissimi di natura animata, è stato a lunghi intervalli ricercato e studiato; ma solo a' dì nostri, grazie alle investigazioni fatte con rigoroso metodo scientifico ed alle minu-

ziose prove sperimentali, il Klebs ed il Tommasi-Crudeli hanno scoperto e fatto conoscere il *bacillus malariae*, il microrganismo ch'è causa della malaria in località palustri e non palustri. Io so bene che molti ancora, pur ammettendo la origine parasitaria delle manifestazioni morbose malariche, negano a' due illustri Scopritori le deduzioni a cui sono venuti in rapporto al bacillo, o trovano de' punti vulnerabili ne' loro studj; ma non per ciò si è autorizzati a non riconoscere in questi una importanza seria, un indirizzo sicuro e di molto valore, che condurrà presto a scoprirci intera la verità ed a farci segnare la teoria scientifica della infezione malarica. Si sa; « toutes les doctrines scientifiques de haute volée ont eu leurs partisans exagérés et leurs détracteurs à outrance »; ma non è certo col cercar di chiamare il ridicolo su di esse o di metterne in dubbio le osservazioni e gli sperimenti o di sostituire a questi le semplici ipotesi che si ottiene di moderare l'entusiamo degli scopritori e de' proseliti (quando c'è) e farli accorti delle lacune e delle esagerazioni.

Per chi, intanto, ha in animo di conoscere più ampiamente questa importantissima quistione, cui ha dato luogo il magistrale lavoro di Klebs e Tommasi-Crudeli, ecco qui alcune indicazioni bibliografiche.

E. Klebs e C. Tommasi-Crudeli, Studi sulla natura della malaria, memoria. Roma, 1879. (Estr. dagli *Atti dell'Accademia dei Lincei*. Vedi anche nell'*Archiv für experimentelle Pathologie und Pharm.*, 1879, Bd. XI. Heft 1 et 2, et Heft 5 et 6).

C. Tommasi-Crudeli, Il *bacillus malariae* nelle terre di Selinunte e di Campobello (*R. Accademia dei Lincei*, vol. IV, serie 3ª, *Transunti*, 1870).

A. Laveran, Nature parasitaire des accidents de l'impaludisme: description d'un nouveau parasite trouvé dans le sang des malades atteints de fièvre palustre. Paris, 1881.

F. Orsi, Curiosità cliniche. Milano, Rechiedei, 1881.

— — Bizzarrie geografiche del *Bacillus malariae*. Curiosità cliniche, III. Milano, Rechiedei, 1881.

Du Cazal et C. Zuber, Du rôle pathogénique des microbes. (*Revue des sciences médicales* etc. dirigé par G. Hayem; a. IX, tom. XVIII, pag. 302 et suiv., 700 et suiv. Paris, 1881).

C. Tommasi-Crudeli, Istituzioni di anatomia patologica. Vol. primo, lez. 11ª, pag. 158 e segg. Torino, Loescher, 1882.

A. Valenti, Lezioni di patologia generale. Parte seconda: *Etiologia*. Lezione ventesimaquinta, pag. 647 e segg. Torino, Loescher, 1883.

G. Silvestrini, Sul miasma malarico. Studio sperimentale (*Gazzetta medica italiana. Province Venete*, N. 6, 1883).

Richard, Le parasite de l'impaludisme (*Revue scientifique*. Paris, 1883, p. 113).

II.

POLMONITE FIBRINOSA.

§ 1. I cento ottanta casi di polmonite fibrinosa, che dànno materia al presente studio, appartengono a' dieci anni che corrono dal gennaio 1873 al decembre 1882. In un momento in cui si agita la questione, forse non lontana a venir definita, se, cioè, la polmonite rappresenti un processo locale puramente reumatico od una localizzazione d'un processo generale d'infezione parassitaria, questo mio contributo di fatti clinici, accuratamente e senza preoccupazione osservati, avrà, non ne dubito, quell'interesse che l'argomento stesso richiede.

§ 2. Comincio dal notare che la polmonite fibrinosa, nella palermitana provincia, non si presenta con la frequenza che ha, ad esempio, in Germania, in Inghilterra ed in Francia; di fatto, in 5940 malattie interne, di cui 3218 acute e 2722 croniche, i 180 casi di polmonite mi rappresentano appena il 3 °/₀ di tutte in complesso, ed il 5, 59 °/₀ delle acute soltanto. Tra queste ultime poi, raccogliendo quelle che appartengono agli organi della respirazione, la polmonite, che incontrastabilmente rimane tra le più gravi e pericolose, ci si mostra eziandio tra le più frequenti, occupando il secondo posto con la proporzione del 17 °/₀; il primo posto

spetta al catarro bronchiale, che mi dà 196 casi; il terzo alla polmonite catarrale, con 145 casi; il quarto alla pleurite con 137 casi; il quinto alla bronchite, con 106 casi; ec. ec.

Il rapporto, che queste cifre dimostrano tra le diverse malattie acute respiratorie di tutto il decennio, non si mantiene costante ne' singoli anni; poichè, pur rimanendo a un di presso identiche le condizioni cosmo-telluriche, in qualche anno veggiamo le polmoniti abbondare quasi in forma epidemica, in modo tale che si lasciano addietro a gran distanza le altre malattie, mentre, in alcun'altro, o queste sopravanzano, oppure vanno di pari passo con quelle; il che si può chiaramente vedere dal seguente specchietto comparativo:

Anno	Catarro bron.	Polm. fibr[r]	Polm. catar.	Pleurite	Bronchite
1873	casi n. 22	10	8	14	11
1874	» 12	11	10	12	8
1875	» 19	15	14	8	16
1876	» 27	10	19	19	14
1877	» 8	28	8	4	9
1878	« 10	30	7	8	2
1879	» 16	16	15	15	16
1880	» 26	18	21	25	7
1881	» 24	16	18	19	15
1882	» 32	26	25	13	8
1873-1882	casi n. 196	180	145	137	106

Distribuendo queste cifre a' varj mesi a cui spettano, ne sorge un fatto costante importantissimo, che mi affretto a segnare, questo cioè: la polmonite fibrinosa non tiene l'andamento stesso delle altre affezioni respiratorie che nettamente dipendono dalle in-

fluenze atmosferiche (catarro bronchiale, polmonite catarrale, bronchite ec.); che anzi, batte una strada si può dire opposta, perocchè attinge il suo *maximum* nel tempo che quelle oscillano irregolarmente, ed ha il suo *minimum* che coincide sempre col *maximum* di quelle. A rendere questo fatto più evidente, traduco in una tavola le curve della polmonite fibrinosa, in comparazione di quelle del catarro bronchiale e della pleurite. Tralascio, per non ingenerar confusione, di aggiungere anche le curve della polmonite catarrale e della bronchite, le quali del resto sono pressochè identiche a quelle del catarro bronchiale (v. *Tavola III*).

La polmonite lobare, come le curve tracciate dimostrano, tiene il campo invariabilmente dal novembre al maggio, in ascensione costante fino al marzo dove ha il *maximum*, in discesa da questo mese al maggio; ne' cinque mesi da giugno ad ottobre non si osserva che rarissimamente, nè in tutti gli anni. Questo risultato, come si vede, si discosta un po' da quello ch'è riferito da altri osservatori, relativo alle isole; ed è naturale, poichè non può non tenersi presente la differenza di clima e di latitudine, che certamente esercitano la loro influenza anche sulle malattie. Ed ecco, intanto, in ordine decrescente le cifre del decennio, corrispondenti alla curva:

Nel mese di	marzo	si ebbero casi num.				29.	
» » »	febbrajo	»	»	»	»	28.	
» » »	gennajo	»	»	»	»	26.	
» » »	aprile	»	»	»	»	25.	
» » »	maggio	»	»	»	»	24.	
» » »	decembre	»	»	»	»	22.	
» » »	novembre	»	»	»	»	12.	
» » »	agosto	»	»	»	»	4.	
» » »	settembre	»	»	»	»	3.	
» » »	luglio	»	»	»	»	3.	
» » »	ottobre	»	»	»	»	2.	
» » »	giugno	»	»	»	»	2.	

Questa coincidenza della stagione invernale e primaverile con

lo sviluppo delle polmoniti, coincidenza che per la costanza sua non possiamo dire fortuita, fa tosto pensare alle influenze reumatizzanti delle varie condizioni ed oscillazioni atmosferiche, venti, pioggia, umidità, ec. Pur, considerate attentamente, queste influenze non appaiono nette e sicure, generalmente parlando, come nette e sicure le riconosciamo sempre agire su la produzione delle altre malattie degli organi del respiro più su menzionate. Vero è bensì che, alcuna volta, pare indubitato che una polmonite stia in connessione con le vicende atmosferiche, dalle quali direttamente perciò dipenderebbe; ma nella pluralità de' casi, stando almeno alle osservazioni mie, questa connessione non è facilmente dimostrabile. E di fatto, tra le 180 polmoniti, a esser larghi, solo in 55 si potrebbe darne la causa ad una influenza reumatizzante, che, specificando, sarebbe 16 volte una bagnatura presa a corpo riscaldato o sudante, 15 volte il freddo, 10 il vento, 8 l'umidità, 6 la soppressione brusca del sudore; però, sottoposti a rigorosa critica, questi 55 casi riduconsi a 31, i soli in cui si può con sicurezza asseverare la polmonite subordinata alle cause suddette: e 31 non rappresenta che il 17 °/₀; ben poca cosa, in vero, per una causa che fino a poco tempo fa s'è ritenuta la principalissima, se non l'unica. Ne' rimanenti 125 casi, la cagione a cui riferire la polmonite resta assolutamente ignota per 86; in 20 può mettersi a carico di indebolimento organico generale per malattie sofferte in antecedenza od esistenti in atto, in 7 di veglie prolungate e fatiche eccessive, in 6 di sbornie e stravizzi, in 3 di calore smoderato e lungo, in 1 di polveri irritanti inspirate.

A confermare la poca azione delle influenze atmosferiche, chiamo in aiuto il *Bollettino meteorologico del R. Osservatorio di Palermo*, ch'io ho voluto consultare per tutto il decennio; ma poichè tutte le osservazioni renderebbero sproporzionatamente estesa questa parte del mio lavoro, mi limito all'ultimo anno, il 1882, ch'è de' più ricchi di polmonite. I ventidue casi in esso studiati si manifestarono ne' seguenti giorni e mesi, cioè:

Il 2 gennajo num. 3 casi;

Il	23 febbrajo		n.	1 casi
»	11 marzo		»	5 »
»	6 aprile		»	1 »
»	9 »		»	1 »
»	23 »		»	1 »
»	18 maggio		»	1 »
»	23 »		»	1 »
»	4 luglio		»	1 »
»	27 ottobre		»	1 »
»	2 novembre		»	1 »
»	8 »		»	1 »
»	21 »		»	1 »
»	7 decembre		»	1 »
»	9 «		»	2 »

Or bene, ecco le note meteorologiche corrispondenti; ed a nessuno sfuggirà la loro importanza, massime se pone mente a quel simultaneo manifestarsi di più casi di polmonite nella stessa giornata o in giornate vicine, quando le condizioni atmosferiche non lo giustificherebbero in nessuna maniera; e questo va specialmente detto per i cinque casi dell'11 marzo.

1-3 *gennajo.* « Forte temporale accompagnato da pioggie, vento e fulmini. La pressione calò dal 1° al 4 ». Temperatura media: 12,44.

20-23 *febbrajo.* « La pressione continua alta sino al 25... Si ebbero burrasche nel 1° giorno con neve e grandine, ma sempre di brevissima durata, e il tempo ostinatamente si è rimesso al bello. Rugiade e brinate copiose ». Temperatura media: 10,54.

7-16 *marzo.* « Pressione costantemente elevata, temperatura normale (*media:* 13,46), umidità regolare, serenità continua, pioggia nessuna, rugiade copiose han dato in questa decade i più bei giorni di primavera, allietati sempre di splendido sole non di rado coi suoi raggi infuocati ».

1-10 *aprile.* « Temperatura (*media:* 13, 88) e pressioni oscillanti

intorno alla normale: pioggia in quasi tutti i giorni della decade. Venti per lo più regolari e moderati ».

20-23 *aprile*. La pressione superiore alla normale; tempo costante; temperatura media: 15,83.

16-23 *maggio*. Pressione normale; pioggia per pochi minuti il 18, più abbondante il 20; temperatura normale (media: 17,52).

2-4 *luglio*. Pressione e temperatura normali; tempo un po' vario.

25-27 *ottobre*. Pressione oscillante; correnti calde del 3° quadrante; temperatura media: 19,65; cielo coperto.

1-8 *novembre*. « Bei giorni, con copiose rugiade ». Temperatura media: 16,30.

18-21 *novembre*. Pressione decrescente; corrente intensa del 4° quadrante che diminuisce di molto la temperatura (media: 15,34); pioggia.

5-10 *decembre*. Pressione oscillante; venti impetuosi del 3° e 4° quadrante; libeccio, che il 5 e il 9 fa elevare la temperatura (media: 15,70); pioggia che si alterna con sereno.

§ 3. Ma se la influenza delle vicende atmosferiche è poca nella produzione della polmonite, vediamo quale e quanta ve ne possono avere le condizioni sociali ed il genere di vita, il sesso, l'età, la costituzione e lo stato dell'organismo.

A' 180 polmonitici la classe agiata dà un contributo minimo, (10, 55 %), mentre larghissimo ve lo reca la classe de' lavoratori, deficiente o sfornita de' mezzi di sussistenza; pur, come giustamente il Jürgensen ed altri hanno osservato, ciò non significa che quella goda di maggiore immunità che questa, di fronte alla malattia, e la sproporzione è più apparente che reale. Se poi veniamo a speciale distinzione delle professioni e de' mestieri, il risultato è il seguente:

Contadini, Giardinieri ec. . . .	num.	26
Cuochi, Servitori, Uscieri . . .	»	22
Agiati (proprietarj, professori ec.)	»	19
Facchini.	»	14

Trafficanti e Venditori ambulanti	num.	13
Vetturali e Cocchieri	»	11
Pastori, Campaj, Guardie varie ec.	»	10
Fallegnami, Torniaj e Bottaj .	»	10
Bettolieri e Bottegai.	»	9
Fornaj e Pastaj	»	9
Calzolaj e Sarti	»	7
Lavandaje	»	6
Murifabbri e Manovali . . .	»	6
Sensali	»	5
Infermieri d'Ospedale	»	4
Crivellatori e Scardassatori . .	»	4
Tessitrici	»	3
Conciapelli.	»	2

Gettando l'occhio su queste cifre, senza perder di vista i rapporti che tra loro tengono le varie classi quanto al numero, a me pare che la polmonite le vada ugualmente a visitar tutte, senza arrestarsi di preferenza con questa o con quella; come nulla influisce, parmi, il lavorare in chiusa officina e tra la polvere, o all'aria aperta e pura; nè la vita sedentaria; nè il coprirsi poco o molto, nè il riguardarsi dalle intemperie o l'affrontarle sconsideratamente.

La statistica del sesso, anche a me risulta con una nota di favore per le donne, poichè queste non soggiacciono alla polmonite che nella proporzione del 30,56 %, mentre gli uomini mi presentano la proporzione del 69,44 % ; abbiamo, cioè, 55 donne che stanno di fronte a 125 uomini. È utile segnare, che alla formazione della cifra suddetta di 55 concorrono: 15 serve; 10 bottegaje; 9 operaje varie, fra cui tre sarte; 6 contadine; 6 lavandaje; 5 benestanti; 4 mendiche.

Le età vi sono tutte rappresentate, da un anno e mezzo fino a 78; notevoli e straordinarj i sei casi che stanno al disotto dei cinque anni, e tanto più in quanto che parmi ben giustificata la affermazione del Jürgensen che, « contrariamente ad una opi-

nione generalmente abbracciata, *la verde età non è quella a preferenza colpita dalla pneumonite* [1] »: e di fatto, dal 6° al 15° anno io non ho potuto mettere insieme che cinque casi soltanto. Evidentemente molto soggetta è l'età adulta; ma di più, credo, la vecchia, perocchè i 36 casi avvenuti in individui da' 51 a' 78 anni mi rappresentano ben più vasta proporzione de' 133 che caddero in individui da' 15 a' 50 anni. Ma ecco qui l'intero specchietto delle 180 polmoniti, distribuite per età:

Da	1 1/2	a	5	anni,	casi	num.	6.
»	6	»	10	»	»	»	2.
»	11	»	15	»	»	»	3.
»	16	»	20	»	»	»	18.
»	21	»	25	»	»	»	21.
»	26	»	30	»	»	»	18.
»	31	»	35	»	»	»	27.
»	36	»	40	»	»	»	19.
»	41	»	45	»	»	»	16.
»	46	»	50	»	»	»	14.
»	51	»	55	»	»	»	9.
»	56	»	60	»	»	»	8.
»	61	»	65	»	»	»	11.
»	66	»	70	»	»	»	4.
»	71	»	75	»	»	»	2.
»	76	»	78	»	»	»	2.

Non trovo che una buona costituzione scheletrica o la pinguedine siano scudo al morbo più che una costituzione non buona o la magrezza; ma scudo valido è, senza dubbio, lo stato di sanità dell'organismo intero o dell'organo del respiro; di fatti, a fronte di 68 individui, sorpresi dalla polmonite in istato di sanità completa, stanno 112 altri che la subirono mentre si trovavano più o meno malati o cagionevoli, e cioè: denutriti e fiacchi

[1] Jürgensen, *Pneumonite crupale*, presso Ziemssen, Op. cit., volume V, pag. 23. (Napoli, 1880).

per infermità antecedenti o per stravizzi e vita sregolata, 58; sofferenti per affezioni, in genere lievi, degli organi respiratorj o convalescenti di esse, 41; con altre malattie in corso, 9; in istato di gravidanza, 4 [1].

Appoggiandosi a dati di fatto, il Grisolle scriveva: « Un individuo è tanto più disposto alla polmonite, quanto più grande è il numero degli attacchi per l'innanzi sofferti. Vi sono individui in cui questa disposizione si riproduce un numero considerevole di volte durante la vita.... La polmonite non solo ha tendenza ad invadere di nuovo un individuo che n'è stato affetto una prima volta, ma è rimarchevole che nelle recidive l'infiammazione occupa a preferenza il polmone che n'è stato sede la prima volta [2] ».

Queste osservazioni dell'illustre patologo francese, accolte favorevolmente dagli altri, posso io ammetterle con una certa restrizione; chè solo 30 volte ho trovato la recidiva, nella proporzione cioè del 16,66 %, un po' meno di quella ottenuta dal Griesinger [3]; e tra queste trenta polmoniti recidive, appena 4 sono recidivate più volte (2 due volte, 1 tre ed 1 cinque), mentre le altre recidivarono una volta sola, e, cioè: dopo un mese, 1; dopo un anno, 3; dopo due anni, 3; dopo quattro, 3; dopo cinque, 2; dopo dieci, 4; dopo dodici, 3; dopo quindici, 3; dopo venti, 2; dopo ventisei, 1; dopo trenta, 1. Fra esse, poi, quelle che rioccuparono la sede stessa della prima volta, si equilibrano con le altre che occuparono sede diversa, essendo queste in numero di 14, quelle di

[1] Scrive in proposito il Tommasi (Salvatore): « Io vedo... questa malattia unita quasi sempre alla miseria e allo squallore, e ciò che più importa, tanto più esiziale per quanto è maggiore la debolezza nutritiva dell'infermo ... Capisco fino a un certo punto l'azione perturbatrice del freddo e dell'umido sui nervi periferici e sulla circolazione, ma capisco anche meglio che queste due cause devono associarsi a qualche altro fomite, che si trova nelle condizioni palustri del paese e insieme nel modo miserando di vita, che trae qui il colono ». *Sommario della Clinica Medica di Pavia* (Napoli, Tipografia italiana, 1874; seconda ediz.), pag. 13.

[2] Grisolle, *Trattato pratico della polmonite*, cap. II, art. I, § 5 (Napoli, 1850; traduzione del dott. Scarselli).

[3] Presso Jürgensen, op. e loc. cit., pag. 25.

16. Conformemente alle osservazioni di Leudet, ho trovato che le polmoniti recidivate tengono (in ³/₄ de' casi) un andamento relativamente benigno ed una durata media più breve delle polmoniti venute la prima volta; il Grisolle, il Sestier, il Pelletan ed altri le dicono, invece, unanimamente assai gravi [1].

La sede preferita, anche ne' miei infermi rimane sempre il polmone destro; chè a 110 polmoniti di destra fanno riscontro solo 55 polmoniti di sinistra, ossia, queste stanno a quelle come 1: 2; in 15 casi, poi, la malattia colpì contemporaneamente tuttiedue i polmoni. Queste proporzioni, che sono del 61, 11 % pel polmone destro, del 30, 55 % pel polmone sinistro e dell'8, 33 % per entrambi i polmoni, differiscono un po' da quelle riferite da Grisolle, Magnus Huss, Ziemssen, Jürgensen, Aloïs-Biach, ec., in quanto che mi dànno più alta la cifra relativa alla polmonite destra, a scapito di quella ch'è relativa alla polmonite doppia [2]. In rispetto ai lobi, nella gran maggioranza, cioè 165 volte, si è ammalato un lobo solo; 8 volte il processo morboso ha preso nello stesso tempo due lobi, 7 volte tre lobi. Finalmente, tenendo conto de' singoli lobi ammalati, ottengo queste altre proporzioni:

Il lobo inferiore si è ammalato num. 121 volte,
» » superiore » » » » 52 »
» » medio » » » » 29 ».

§ 4. Convinto della giustezza delle parole di Jürgensen che, cioè, v'ha poche malattie le quali presentino una forma tanto variabile quanto la polmonite, verrò successivamente analizzando

[1] Cfr. E. Leudet, *Des récidives de la pneumonie*, a pag. 599-606 della sua *Clinique médicale de l'Hotel-Dieu de Rouen* (Paris, J.-B. Baillière et Fils, 1874); — *Compendio di medicina pratica* ec. di L. Delaberge, E. Manneret, L. Fleury, vol. VI, pag. 531 (Firenze, Celli, Usigli e C., 1851; trad. Giovannetti e Raggi).

[2] Cfr. Grisolle, op. e loc. cit.;—Jürgensen, op. cit., pag. 46 e seg.;—Lépine, art. *Pneumonie lobaire aiguë*, nel *Nouveau dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques*, tome XXVIII, (Paris, J.-B. Baillière et Fils, 1880), p. 388-389.

tutt' i sintomi, quali io li ho riscontrati; e per tal modo sarà chiaro quanto e come la malattia si tenga ne' limiti della forma classica, descritta ne' libri di patologia.

Prodromi. Ha prodromi la polmonite? Si è sempre detto ch'essa invade improvvisa, nel bel mezzo della salute, « come un fulmine a ciel sereno »; e il coro ha fatto eco alla calzante similitudine. Il Grisolle, seguíto poi da altri, ammette i prodromi in un quarto dei casi; a me, delle accurate indagini ne' 68 individui sorpresi dalla malattia in istato di sanità completa, (poichè non debbo in questo caso tener conto de' 112, infermi alquanto o cagionevoli), risulta invece: che mancano in 40, ma esistono indubitatamente in 28, ossia nella proporzione del 41, 18 %. Essi manifestaronsi: circa 24 ore innanzi la invasione della polmonite in 12 casi, 12 ore in 10 casi, 36 ore in 4, 48 ore in 2; e diedero: malessere generale, in tutti; accompagnato da intensa cefalea, da lassezza, da anoressia e nausea, in 18: da dolori agli arti, cefalea e orripilazioni, in 8; da dolori al dorso, sensazione di calore e bocca cattiva e arida, in 2. La temperatura, esplorata in 16 casi durante questo stadio prodromico, non ascese mai oltre i 37°, 3 C. Non ho mai riscontrato il rossore ad un uno o ad entrambi i pomelli, segnalato da Gübler e Jaccoud in questo stadio.

Questi 28 casi di prodromi cadono tutti in individui da' 16 ai 64 anni; ma ciò non include in modo assoluto che nell'infanzia e nella prima giovinezza abbiano essi a mancare; diciamo piuttosto che n'è più difficile la ricerca.

Brivido e altri fenomeni iniziali. Nessun dubbio che il brivido segna la invasione della malattia nella più parte de' casi; presso me in quattro quinti circa, essendo mancato affatto 35 volte. Fu unico in 129 casi, molteplice negli altri 16, ripetendosi, cioè, due volte in 7 di essi, tre volte in 5, cinque volte in 2, sei volte in 2 altri. Intenso sempre, salvochè in 30 casi ne' quali fu leggero [1], si

[1] Il brivido leggero si mostrò ugualmente proporzionato in tutte le età e costituzioni, ed in tutte le varietà di polmonite.

mostrò vario quanto alla durata, ma in genere lungo, essendochè

durò meno di un' ora . . .	in num.	21	casi,
» da un' ora circa . . .	» »	34	»
» » due ore » . . .	» »	61	»
» » tre ore » . . .	» »	20	»
» » quattro a cinque ore .	» »	5	»
» » sei a dodici ore . . .	» »	4	»

In sette dei 35 casi non contrasegnati dal brivido iniziale, questo fu sostituito da vomito, ripetentesi da sei a dieci volte in un'ora; in altri quattro (tre donne ed un bambino quattrenne) fu, invece, sostituito da convulsioni cloniche della durata di 30-40 minuti; ed in uno, (donna eccessivamente isterica), da spasmo tonico degli arti, disfagia ed afonia, che si protrassero per un'ora, senza perdita di coscienza. Il vomito compagno del freddo, sempre però manifestatosi dopo questo un dieci minuti almeno, l'ho notato 5 volte; come 8 volte ho notato la epistassi e sempre in giovani, e 2 volte la diarrea sierosa con 4-6 scariche in mezz' ora.

La invasione si verifica in tutte le ore, ma la trovo prevalente assai più nelle ore pomeridiane; di fatto,

dalle ore 12 m.	alle 2 p. m.	. accadde	36	volte,
» » 2 p. m.	» 5 »	. »	34	»
» » 5 »	» 12 di notte.	»	56	»
» » 1 a. m.	» 7 a. m.	. »	14	»
» » 7 »	» 11 »	. »	28	»

Dolore laterale.—Di regola, si ha in quattro quinti circa de' casi, assai vivo, puntorio, circoscritto, e nel lato stesso ove ha sede la malattia; solo in 39 casi l'ho trovato mancante; e poi, in 31 di intensità discreta, in 38 gravativo, in 33 diffuso o indeterminato, in 5 nel lato sano, in 6 ai due lati contemporaneamente. Vedasi dunque se non è da fare delle riserve, per lo meno, alla opinione dell' Oppolzer, che, cioè, il dolore puntorio non si dee ritenere come caratteristico della polmonite [1]. Il punto più ordina-

[1] Oppolzer, *Malattie degli organi della respirazione*, lezioni raccolte e pubblicate da E. Stoffella, trad. ed ann. da E. De Renzi (Napoli, 1875), § 132, p. 152.

rio di manifestazione è al 5° o 6° spazio intercostale, tra le due linee emiclavicolare ed ascellare anteriore; 20 volte, poi, l'ho riscontrato all'angolo inferiore della scapola, 19 all'arcata costale, 7 alla smancatura del fianco, 4 alla metà dell'addome corrispondente al lato malato, 2 all'epigastrio, 2 alla spalla. Solo una volta ha precesso di mezz'ora il brivido; per solito, secondo la giusta osservazione del Bernheim [1], gli va dietro, e, cioè: 52 volte lo ha seguíto quasi immediatamente (15-25 minuti); 54 volte, dopo una a tre ore; 10 volte dentro le prime 12 ore; 7 volte dal primo al secondo giorno; 18 volte dal quarto al quinto; ma si noti, che quest'ultima cifra appartiene a casi di polmonite centrale, di cui appresso dirò.

La durata del dolore, dall'inizio fino alla totale scomparsa, mi risulta, nei 44 casi dove non s'intervenne con mezzi terapeutici: di un giorno circa, in 4; di due giorni, in 6; di tre giorni, in 16; di quattro giorni, in 8; di cinque giorni, in 5; di sei giorni, in 3; di otto giorni, in 1; di dieci giorni, in un altro.

Intorno alla natura del dolore laterale mi sono convinto, studiando i miei casi, che non si può adottare un'esclusiva opinione; ma devesi ritenere che alcune volte esso dipenda dalla pleurite che accompagna una parte delle polmoniti; altre volte si dee considerare come una miosite costale comunicata dalla pleura; altre volte, in fine, non può non dirsi una vera e propria nevralgia [2].

Dispnea.— Il perturbamento della funzione respiratoria comincia immediatamente col brivido, *sempre*, e non per eccezione come molti ritengono; chè io l'ho constatato sempre costante in tutt'i

[1] H. Bernheim, *Lezioni di Clinica medica* (Napoli, Jovene, 1879; traduzione di G. B. Ughetti), pag. 17.

[2] Cfr. in proposito: Grisolle, op. cit., cap. V, art. I, § 1; — Jürgensen, op. e loc. cit., pag. 79; — Magnus Huss, *Ueber den anderseitigen pleuritischen Schmerz*, nel *Deutsches Archiv für klinische Medicin*, Bd. IX, p. 242-245; — C. Federici, *Istoria di una pneumonite* (Bologna, Fava e Garagnani, 1870); — Peter, *Leçons de Clinique médicale*, t. I, leç. XXXI, pag. 423 (Paris, Asselin et C., 1873); — Lépine, art. cit., in op. cit., pag. 407-408.

26 casi ne' quali mi fu dato di osservare l'infermo fin da' primissimi disturbi e quando ancora di sintomi fisici non c'era ombra. Il respiro si fa frequente e superficiale in tutt' i casi fin dal principio, ci sia o no il dolore laterale; mentre obliquo non diviene che a sintomi fisici nettamente determinati, ed in due terzi de' casi soltanto. La dispnea polmonitica è, come si sa, obbiettiva e subbiettiva; quest' ultima ha maggiore gravezza nella più parte dei casi, ma non maggior peso per la diagnosi. La frequenza più ordinaria è da 30 a 40 respirazioni per minuto, come l'ho riscontrata in 86 casi; in 52 ha oscillato fra 40 e 50, in 26 fra 20 e 30, in 10 fra 50 e 60 (e in questi entrano la più parte de' bambini e de' vecchi); in 6, finalmente, ha oltrepassato l' ultima cifra, fino ad arrivare anche ad 88 in due casi; ma è utile e necessario notare, che essi sei casi riferisconsi tutti (meno uno, d' una polmonite dell'apice) a polmoniti doppie, complicate due volte a nefrite cronica e quattro volte cadute in soggetti beoni, le quali ebbero tutte esito infausto. Trovo esatto, e meritamente segnalato dal Jürgensen come importante per la prognosi e per la diagnosi, il fatto, che la frequenza del respiro cresce più che quella del polso; ma trovo ancora che la sede del processo morboso non influisce a rendere maggiore o minore questa frequenza; v'influisce bensì la estensione di esso e la età, e questo non ha bisogno di dimostrazione.

Tosse. — Tutti convengono nel dire che la tosse insorge nel corso delle prime ore della malattia; io ho trovato però che in due terzi de' casi, cioè in 121, è insorta subito col brivido e con la dispnea; solo in 36 non s'è manifestata che dopo qualche ora, in 11 al primo giorno, in 6 dopo due, in 1 dopo tre. Per solito (in quattro quinti) secca, frequente e molesta nell'inizio, quando è maggiormente eccitata ed aggravata dal dolore laterale, non è che su la fine del primo giorno o principio del secondo che si fa umida, più rara e più regolare. Si dirada sensibilmente allorchè il morbo precipita a fine letale. Essa non istà in rapporto con la gravezza e la estensione del processo morboso, ma con il conco-

mitante catarro bronchiale, or più or meno esteso, o con l'edema del polmone; e di fatto ho visto polmoniti estese e gravi decorrere con poco o punto di tosse, e polmoniti limitatissime compromettere la vita del paziente solo per la tosse molta e insistente. Il catarro bronchiale e l' edema del polmone formano appunto una seria complicazione perchè restringono da una parte sensibilmente l'area respiratoria ed obbligano, dall'altra, l'organo malato a maggior fatica ed a scosse violenti e non innocue, giusto in un momento che dovrebbe lavorare di meno ed ha maggior bisogno di aria.

La tosse nella polmonite *manca per eccezione*; e tal eccezione si verifica d'ordinario ne' vecchi, ne' pazzi, ne' deliranti, ne' cachettici [1]. « Qui potrebbe pensarsi (scrive in proposito il Jürgensen) ad un difetto di eccitabilità della midolla allungata, non animata da una copia sufficiente di ossigeno; la stessa spiegazione potrebbe valere per la mancanza degli accessi di tosse in un tempo, nel quale la insufficienza cardiaca ha un grado alquanto alto. Però questo fatto non è al certo sufficiente quando si vuol comprendere, perchè mai in individui per altro molto robusti, ordinariamente manca la tosse, non appena i medesimi son giunti ad una età più avanzata ». — Di polmoniti *senza tosse* io ho cinque casi, che è utile di riassumere brevissimamente.

Osservazione I. — Polmonite del lobo superiore destro. Rosalia D'Angelo da Palermo, di anni 33, cameriera; costituzione e nutrizione meschina, oligoemia notevole. Sintomi fisici della malattia nettissimi, corso regolare; dal brivido alla defervescenza (5-13 febbrajo 1873) non mai un colpo di tosse, nè un espurgo; solo al 5° giorno, con lieve sforzo d'espuizione vien fuori uno sputo rugginoso molto denso. Eziandio la risoluzione si compì senza punto di tosse.

Osservazione II. — Polmonite del lobo superiore destro. Melchiorre Spadafora

[1] Cfr. Jürgensen, op. e loc. cit., pag. 77; — Grisolle, op. cit., cap. V, art. I, § 3; — Peter, op. e loc. cit., pag. 701-702; — Roncati, *Indirizzo alla diagnosi delle malattie del petto, del ventre e del sistema nervoso* (Napoli, E. Pellerano, 1881, quarta ediz.), pag. 132.

da Ficarazzi, villico a 42 anni, robusto, ma beone e con tracce profonde d'infezione malarica subíta per varj anni. Tosto dopo il brivido e il dolore puntorio fu, senza consiglio, salassato generosamente; per colmo, sopraggiunse diarrea, che durò tutto il primo e il secondo giorno, nel quale egli si presentò estenuato, ansante, e vaneggiando (27 febbrajo 1873). Sintomi fisici del torace chiaramente determinati; febbre sempre alta, con notevole aumento nella sera (39°, 8 — 40°, 9 C.), polsi frequenti e fuggevoli, lieve tremore e continuo degli arti superiori e delle labbra, farneticamento non interrotto ed in qualche momento furioso, lineamenti sconvolti, ecco la sindrone morbosa che si mostrò inalterata dal 3° al 14° giorno, in cui lo sfebbramento venne a impedire una catastrofe che si giudicava sicura e imminente. Di tosse, neppur un accenno; al 7° dì, l'infermo si tirò da sè col lembo del lenzuolo uno sputo denso rugginoso, ch'era attaccato alla lingua; e solo nel corso della lenta risoluzione dello stato anatomico ei fu udito a rari intervalli tossire e veduto espurgare.

Osservazione III. — Polmonite doppia dei lobi superiori. Un fallegname palermitano di 72 anni, tal Giulio Santangelo, gran bevitore, sano per lo innanzi, ma con ateromasia diffusa. Delirò sempre, dal primo giorno al 7°, nel quale morì (10 marzo 1874), senz'aver mai tossito, salvo due o tre volte con qualche colpetto secco. La necroscopia, confermando la diagnosi, mostrava la infiltrazione ancora al secondo periodo di epatizzazione rossa; al taglio si aveva una superficie omogenea, alquanto asciutta, friabile, di un color rosso scuro.

Osservazione IV. — Polmonite del lobo inferiore destro. Giovanna Giambruno da Palermo, bottegaia di anni 70, sana in antecedenza. Fu un caso mite: nessuna deviazione dalla ordinaria sintomatologia e dal corso ciclico, che si compì in otto giorni (21-29 giugno 1874); mancò affatto la tosse, anche nel periodo di risoluzione.

Osservazione V. — Polmonite del lobo superiore destro. Giuseppe Grillo da Borgetto, contadino a 60 anni, robusto ma asciutto, sanissimo fin allora. Anche qui il decorso non offrì nulla di straordinario, eccetto il dolore laterale, che, accompagnando la malattia per tutto il periodo (8-15 maggio 1876), obbligò l'infermo ad una costante frequenza di respiro (48-52 respirazioni), senza che pur eccitasse mai un colpo di tosse. Questa apparve con la risoluzione, ma rara, accompagnando la espulsione di pochi escreati.

Sputo.—Lo sputo caratteristico, denso, vischioso e scarso quasi sempre, (chè solo 14 volte l'ho trovato abbondante e 25 volte

prosciolto più o meno) è apparso su la fine del primo giorno o sul principio del secondo in metà circa de' casi (88); dal 2° al 3° giorno in 30 casi; dopo qualche ora dalla invasione, in 28; subito con questa, in 16; dal terzo al quarto giorno, in 7; in 2 al quinto, ed in 1 al settimo. Ha mancato affatto otto volte, e, cioè: in tre vecchi (v. le *Osserv.* III, IV e V di sopra) ed in cinque bambini. — Quanto al colore speciale che presentano gli escreati, ho fatto le osservazioni seguenti: *a*) *Rugginoso* o *Rosso mattone:* è il più comune (116 volte sopra 180), ed accompagna per solito le polmoniti che procedono regolarmente, senza complicazioni di sorta, in individui sani e robusti. *b*) *Roseo* e *Giallo zafferano:* compariscono in ugual proporzione (15 volte per uno), per lo più in casi miti, o in individui deboli e anemici; nella seconda varietà è esclusa, dopo accurate ricerche, la presenza di pigmenti biliari. *c*) *Rosso fiammante:* 14 volte; è proprio delle polmoniti de' beoni, in cui c'è denutrizione significante de' tessuti vasali e precoce ateromasia; più raro (2 casi) si verifica in vecchi deperiti e ateromatosi, non bevitori. Al microscopio questi sputi offrono abbondanti i globuli del sangue, molto prevalenti i rossi, che appaiono piccoli ma non sì che possan classarsi fra' microciti; scarse assai le masse fibrinose. Interessa per la prognosi il conoscere, che un terzo de' casi con questa varietà di escreato va a finire con la morte. *d*) *Verde bottiglia:* l'ho riscontrato sei volte, sempre in cachettici, e, cioè: quattro per infezione malarica, due per sifilide costituzionale. *e*) *Verde erba:* tre volte, tutte tre in beoni malandati e ateromatosi; ne morirono due, il terzo guarì dopo lunga e stentata convalescenza. Questo genere di sputi, come gli antecedenti, debbono il coloramento verde a metamorfosi ed alterazioni dell' ematina, oppure a presenza di produzioni parasitarie vegetali, che sogliono per lo più svilupparsi dopo che lo sputo emesso è rimaso per qualche tempo esposto all'aria [1] : ma ne' casi da me osservati, l'escreato emettevasi già verde, e l'esame microscopico non mi dimostrò punto questi

[1] Cfr. Cornil e Rosenbach, presso Lépine, *Nouveau dictionnaire* cit., tomo cit., pag. 410;—Roncati, op. cit., pag. 66 e 134.

corpuscoli parasitarj. Sputi verdi delle due varietà, già fin da Ippocrate segnati come di pessimo presagio, appartengono anche all'ascesso ed alla cangrena del polmone, come il Traube ha per il primo additato; ma io non ho avuto occasione di riscontrarli in questi due esiti rari della polmonite [1]. Avverto, che non tengo qui conto di quegli sputi, in cui il coloramento verde, più o meno chiaro, era dato da' pigmenti biliari, come ad evidenza dimostravami la reazione chimica. *f*) Registro per ultimo lo sputo di *sangue schietto*, che occorre di raro e ch'io ho veduto tre volte; appartiene alla polmonite che il Jürgensen ben chiama *emorragica*, la quale colpisce individui con tisi in corso, o con eredità ed abito tisico; esso è sempre abbondante, fluido, ed al microscopio presenta esclusivamente o quasi gli elementi del sangue.

Lo sputo patognomonico, sia qual si voglia la sua gradazione di colore, suole scomparire con la defervescenza critica o qualche ora dopo, subendo la modificazione ch'è propria dello stadio di risoluzione; tuttavia, in parecchi casi l'ho visto persistere fino a 24 ed anche 30 ore dopo la crisi.

Polso.—Relativamente alla frequenza, il polso, nelle polmoniti a tipo regolare, procede con oscillazioni che si proporzionano a quelle della temperatura e della respirazione, crescendo o diminuendo con esse; e questo dimostreranno ad evidenza le curve febbrili che più oltre riporterò. Ho poi notato quasi affatto costanti questi fatti: *a*) La massima frequenza coincide col periodo precritico, come il minimo rallentamento viene con la crisi e si mantiene per 12 a 18 ore del periodo postcritico; e questo rallentamento, segnato già dal Traube e dal Bernheim [2], è tale, che va spesso molto al disotto del normale (44-56 pulsazioni in

[1] Del resto lo stesso Traube avverte, che gli sputi verdi non sono patognomonici dell'ascesso polmonale, perchè si presentano pure nella polmonite, « in casi nei quali non si verifica crisi ed in cui però è tuttavia possibile una risoluzione, mentre la febbre termina per lisi » (Presso Jürgensen, op. cit., p. 129-130).

[2] Traube, *Lezioni cliniche sui sintomi delle malattie degli apparati della respirazione e della circolazione*, lezione terza, pag. 29 (Napoli, Cassella, Capobianco e C., 1876; seconda ediz., versione di A. M.); — Bernheim, op. cit., pag. 16.

68 de' miei infermi); — *b*) Il rapido calare del polso e molto più la tardità nell'acme od a periodo inoltrato della malattia, senza contemporaneo miglioramento degli altri sintomi, è letale (tre casi), o indica un pericoloso peggioramento (un caso)[1]; — *c*) Quando in adulti, e senza complicazioni, s'intende, il polso sopravanza le 120 battute, l'esito è mortale per lo meno in un terzo de' casi, come ben osservò il Griesinger[2]; e così, per l'opposto, è sicuramente favorevole allorchè le pulsazioni si mantengono un po' sotto od intorno a 100; — *d*) La frequenza più comune, sempre negli adulti, va fra 100 e 120 pulsazioni, come l'ho trovata in 65 casi; poi vengono i 57 casi con 80 a 100 pulsazioni; poi i 38 con 120 a 140; in fine i 3 in cui si restò fra 70 ed 80. Ne' rimanenti 17 casi, ne' quali si andò da 140 a 172 battute per minuto, si comprendono i bambini ed i vecchi e tre degli adulti che portavano complicazioni gravi; ma di queste non è ora luogo a parlare.

Rispetto alle altre qualità, il polso è stato duro e pieno 121 volta, cioè in due terzi circa de' casi, 35 volte debole e compressibile, 21 filiforme; intermittente 30 volte, aritmico 22, nettamente dicroto 61; ma il dicrotismo, non percepibile al dito, si è potuto rilevare anche altre 15 volte nel tracciato sfigmografico. I casi, in cui si manifestano le maggiori alterazioni relative al ritmo ed alla grandezza del polso, appartengono per solito a' beoni, ai vecchi ateromatosi, a' cachettici, a' nervosi; ma non indicano, in modo assoluto, una prognosi infausta.

§ 5. De' segni, d'alta importanza diagnostica e prognostica ed oggidì bene studiati e illustrati, che ci sono forniti dal palpamento, dalla percussione e dall' ascoltazione, io non mi fermerò che a pochi fatti, i quali mi pare meritino speciale considerazione; chè non occorre di ripetere quello che gli altri hanno detto, quando nulla si ha da aggiungere o da modificare. E così, dun-

[1] Cfr. anche Traube, op. e loc. cit., pag. 30.

[2] Griesinger, presso Jürgensen, che lo contradice, op. cit., pag. 69.

que, lascio da parte il *fremito pettorale*, le alterazioni della risonanza, dal semplice *smorzamento* all'*annullamento completo*, la *broncofonia*, ec. Trovo esatte e fo mie le parole del Jaccoud, relativamente al *suono timpanitico:* « le son tympanique est un phénomène tuot à fait initial et temporaire, il fait rapidement place au son obscur ou sourd; c' est simplement pour ce motif qu' il est rarement constaté, et non pas du tout parce qu' il est exceptionnel [1] »; ma non posso interamente soscrivere alle altre, che seguono: « le son tympanique est constant et peut persister de vingt-quatre à trente heures, lorsque la pneumonie, tout en étant voisine de la surface, en est séparée par une couche de tissu sain »; perchè ne' 26 casi in cui la mia osservazione cominciò col primo iniziarsi della malattia, io ho trovato bensì costante il suono timpanitico, ma la sua durata non ho visto mai protrarsi al di là di 8 ore, e in un caso di 10. Ciò però, intendiamoci, nelle polmoniti comuni, periferiche, sieno poi del lobo inferiore, sieno del superiore o del medio; chè in quelle centrali, il timpanismo può persistere fino a 52 ore, come più oltre vedremo; ma c' è questa importante differenza, che qui il suono timpanitico non comincia mai all' inizio, bensì dal 2° al 3° giorno di malattia.

Respiro bronchiale.—Fenomeno di molto valore, che non manca mai, ma che, relativamente all' altezza ed alla intonazione, offre delle gradazioni che non dubito ci sia Clinico a cui possano essere sfuggite. E nondimeno, ch' io sappia, non trovo che alcuno abbia fin qui richiamato l' attenzione su queste gradazioni ch' io dico, per metterle in rapporto con la densità varia della parte di polmone malato e con le varietà cliniche del processo morboso. Ascoltando sul polmone epatizzato, odesi questa sorta di respiro patologico tal'ora sì forte, che dà una sensazione spiacevolissima all'orecchio, tal'altra più moderato o anche lieve, ma pur sempre notevole; ma non questo solo: se ben poniamo mente, troviamo che la intonazione di esso assomiglia a quella che si ottiene or da

[1] Jaccoud, *Traité de pathologie interne*, ed. cit., t. I, deuxième partie, troisième classe, quatrième livre, chap. VI, pag. 1029.

una or da altra delle cinque vocali, se si pronunziano conformando a tubo la bocca. Abbiamo, dunque, il soffio bronchiale intonato in A, e questo è il più forte e superficiale; poi, in linea degradante, quello intonato in E, quello in I, quello in O, e per ultimo quello con intonazione in U, ch'è debole e il più lontano dalla parete toracica. Or bene, l'osservazione accurata e lungamente ripetuta, confermata e illustrata da ventiquattro necroscopie, ha dimostrato costantemente che: *Il respiro tubario intonato in A proviene da una epatizzazione polmonale molto compatta e uniforme, estesa fino alla superficie; mentre quello in U è dato da un polmone epatizzato incompletamente o poco solidamente o solo profondamente*; tra quello in A e quello in U stanno, come anelli intermedj, gli altri in E, in I ed in O. La polmonite tipica della base in un uomo sano e robusto, ci presenta il respiro bronchiale intonato in A, forte, chiaro, superficialissimo; ma a questo non è venuta che attraverso lo stadio di ingorgo, nel quale cominciò col farci sentire il respiro bronchiale in U ed in O e percorrendo successivamente quello in I ed in E, a mano a mano che la essudazione si è stabilita e completata, occupando anche la parte periferica del polmone. Quando, poi, la risoluzione comincia, si ripassa, ma molto rapidamente questa volta, per le vocali di suono più basso, fino a che con l'ultima il respiro bronchiale si estingue. Nelle polmoniti centrali, che non attingono la superficie, non si giunge ad udire la intonazione in A del respiro; per solito si rimane a quella in I ed in E. Lo stesso è a dire delle polmoniti secondarie (della quali qui non mi occupo) e di quelle che sopravvengono negl'individui malandati, convalescenti e cachettici, nei bevitori, nei tisici; in queste, in cui l'essudato non è mai molto compatto nè ben costituito, non si riscontra neppure (o assai di raro) la intonazione in E, e molto meno in A, mentre son comunissime quelle in I, in O, ed in U; più frequente delle compagne quella in O. Nè diversamente accade pel respiro bronchiale, solito incontrarsi negli essudati pleuritici di modica estensione; e se richiamiamo alla mente le condizioni fisiche del polmone, che in questo caso determinano il fenomeno, non ci

sarà difficile spiegare com'è che qui non udiamo, che un soffio tubario sempre poco intenso, e non mai intonato in A, e rarissime volte in E.

Noto, intanto, che siccome gli interamente sani e robusti non costituiscono per disgrazia la maggioranza degli uomini, così le polmoniti tipiche con soffio bronchiale in A non sono le più frequenti. I miei polmonitici mi dànno, in proposito, queste cifre:

Respiro bronchiale intonato	in A,	num.	36 casi;
» » »	» E	»	71 »
» » »	» I	»	16 »
» » »	» O	»	47 »
» » »	» U	»	10 ».

Come criterio prognostico, in generale parmi si possa assicurare, che più regolare decorso e maggior garanzia di risoluzione dànno le polmoniti che presentano un respiro bronchiale in A ed in E, che non l'altre che lo presentano in I, in O ed in U. Fra le tre ultime però fanno eccezione le polminiti centrali, che hanno prognosi fausta, essendochè questa bassa intonazione del soffio tubario esse non la debbono a cattiva costituzione dell'essudato, ma alla sede in cui si svolgono ed alla limitata estensione loro [1].

Fenomeni del periodo di stato. — La cianosi della faccia, or più or meno pronunziata, è uno de' fatti più costanti, ritrovandosi in quattro quinti degl'infermi; non in tutti questi però è sempre visibile la contemporanea turgescenza delle vene del collo, la quale appartiene solo a' casi gravissimi. Quasi ugualmente costante è il rossore, a tinta cupa, di uno o d'entrambi i pomelli, che comincia d'ordinario con il secondo stadio e non va via che con la defervescenza: io l'ho trovato 106 volte, e cioè: 72 al lato corrispondente al polmone affetto, 9 al lato opposto, 25 a tuttiedue; a quest'ultima cifra, si noti, appartengono i 15 casi di polmonite doppia. — La suffusione subitterica del volto e delle sclerotiche,

[1] Non adusato a farmi bello de' meriti altrui, rendo al prof. Cesare Federici quello di aver richiamato l'attenzione nostra, fin dal 1872, sulle importanti differenze della intonazione bronchiale, e sulle relazioni di essa con l'essudato.

non dipendente da itterizia che complichi la polmonite, ha poca frequeza (16 volte) ed accompagna i casi assai gravi.—Confermo le conclusioni di Geissler, di Jürgensen e di altri, che l'erpete facciale mostrasi veramente di felice presagio, ed aggiungo, che può ritenersi come sintoma precursore della risoluzione; chè, in 76 volte che l'ho osservato (71 intorno alle labbra, 5 intorno alle aperture nasali), ho notato che la sua comparsa precede quasi sempre di 24-48 ore la defervescenza critica.

La cefalalgia, intensa nella invasione in pressochè tutt'i casi, dileguasi in una metà di essi nel periodo di stato; ma qui hanno luogo altri fenomeni cerebrali, dovuti parte all'anemia arteriosa, parte alla stasi venosa, parte a disposizioni individuali, congenite o acquisite. Io ho segnato: 3 volte allucinazioni; 4 volte sussulti tendinei; 12 volte coma, con ottundimento d'intelligenza e grande prostrazione di forze; 10 loquacità spiccatissima, quale suolsi riscontrare negli avvelenamenti di belladonna; 14 volte tremolio degli arti superiori e delle labbra, anche nel tempo che non erano messi in azione; 30 volte delirio, calmo in 13, furioso in 17. Analizzando questi 73 casi, ottengo gli eloquenti risultati che seguono:

Si verificarono in bevitori	num.	57	= 73
» » » non bevitori. . . .	»	16	
» » » individui nutriti e validi	»	5	= 73
» » » individui nutriti e validi, ma salassati . .	»	8	
» » » individui malandati, anemici, gracili . .	»	50	
» » » individui isterici o squisitamente nervosi .	»	10	
» » » adulti	»	45	= 73
» » » vecchi	»	22	
» » » giovani	»	3	
» » » bambini	»	3	
» » » uomini	»	61	= 73
» » » donne.	»	12	
» » nella polmonite dell'apice	»	45	= 73
» » » » della base	»	25	
» » » » centrale .	»	3	

Detti disturbi hanno fine con la crisi; tuttavolta, in 5 adulti (4 beoni, 1 non beone, ma anemico per tre abbondanti salassi subìti) ho veduto perdurare il delirio calmo per 12-26 ore dopo lo sfebbramento critico.

Il fegato non m'ha altro offerto che lieve stasi poche volte (22), e ciò ne' casi più gravi; non così la milza, che in circa due terzi de' casi (116) è apparsa ingrandita, or più or meno sensibilmente; ma in 30 di essi, che però bisogna sottrarre, la ipertrofia splenica dovevasi fuor di dubbio a febbri intermittenti in corso o precesse.

Quanto agli organi della digestione, non avrei da notar altro, che i disturbi soliti ad incontrarsi in tutte le acute e gravi febbri; e quindi me ne passo.

Urine. — Stando alle osservazioni mie, debbo conchiudere che la funzione del rene non si altera con frequenza, nè molto. In 142 infermi, ne' quali ho potuto con accurate e ripetute analisi seguire le modificazioni e le alterazioni delle urine, i risultati che ho raccolti sono i seguenti:

a) Quantità: variabile, ma sempre inferiore alla media normale, anche nel periodo della risoluzione e della convalescenza.

b) Reazione: costantemente e stabilmente acida; ma solo in metà de' casi fortemente acida.

c) Peso specifico: elevato sempre, fra 1024 e 1032; fanno eccezione tre casi, d'individui affetti da nefrite cronica diffusa, ne' quali col sopravvenire della polmonite si ebbe bensì la scarsezza della secrezione, ma non s' accrebbe la densità, la quale continuò permanentemente bassa (1007-1012): fatto di molta importanza e già messo in rilievo dal Jaccoud [1].

d) Urea: cresce a gradi fin dal primo giorno e si mantiene ad una quantità abbastanza alta (gr. 34-48 per 1000) per tutto il periodo di stato; con la crisi ridiscende, ed anche a gradi si riduce al normale. Nei casi con contemporanea nefrite cronica non aumenta affatto, ma resta a quel limite minimo in cui si trovava.

[1] *Traité de pathologie* cit., t. II, deux. partie, cinquième classe, chap. II, p. 424.

e) Cloruri: diminuiscono o crescono, scompariscono o tornano per influenza della dieta, non già per effetto della malattia, come ho potuto osservare modificando la quantità e la qualità dei cibi; quindi la *acloruria* come sintoma costante nella polmonite è da rigettare [1]. Scarsezza costante de' cloruri si constata nella polmonite complicata a nefrite cronica.

f) Fosfati: per lo più si mantengono a un di presso normali (92 casi); più raramente scarseggiano (35 casi); qualche volta offrono aumento (10 casi), o mancano affatto (5 casi); quest'ultimo fatto dà una prognosi assolutamente sinistra.

g) Solfati: in quasi due terzi de' casi aumentano (90), ma non in quella copia che afferma il Vogel.

h) Albumina: comparisce in poco meno della metà de' casi (68), dal 3° al 5° giorno, raramente prima, ed in quantità tenuissima ne' due terzi. Ho potuto dedurre, dalle mie osservazioni, che non tutti gli anni l'albuminuria accompagna la polmonite, ma par che ne segua specialmente certe invasioni a forma epidemica: così, mentre negli anni 1873-1877 in 24 polmoniti, e alcune assai gravi, non incontrai albumina che tre volte (escludo due casi di nefrite cronica), e scarsa sempre, e per un tempo brevissimo (due a tre giorni); negli anni 1878 e 1880, invece, in 18 polmoniti l'albuminuria fu compagna di tutte, anche delle più lievi, e per una durata media di cinque giorni: in quantità, però, non fu molta nemmen qui, nella quasi totalità delle osservazioni. Negli anni 1881 e 1882 (come già nel 1879) è tornata rara, chè tra 16 casi non l'ho riscontrata che due volte.

i) Pigmenti: l'urofeina per solito non offre variazioni; scarseggia ne' casi di contemporanea nefrite cronica, è invece eccedente ne' casi di complicanza a processi infiammatorj del fegato,

[1] Cfr. Burresi, *Clinica medica di Siena: VIII, Pneumonite*, a pag. 441 de *Lo Sperimentale*, a. XXII, t. XXVI (Firenze, 1870); — Fedeli, *Clinica medica della R. Università di Pisa* (1877-78), *studii ed osservazioni;* seconda parte, III, *Polmonite*, § 3, pag. 553 e seg. (Pisa, Mariotti e C., 1879);—Primavera, *Manuale di chimica clinica*, quarta edizione, pag. 165 e segg. (Napoli, Jovene, 1880).

oppure (ma qui più di raro) a grave stasi epatica. Allorchè questa esiste, si ritrova eziandio con frequenza il terzo pigmento della bile; ma la bilifulvina e la biliverdina non si hanno che quando c'è complicazione di malattie epatiche portanti itterizia [1].

§ 6. *Temperatura.*—L'importanza capitale della piressia nella polmonite meritava ch'io portassi la più diligente attenzione a questo fenomeno, che costituisce il pericolo più grave pe' malati, ed intorno al quale abbiamo preziose osservazioni di Wunderlich, Lebert, Thomas, Jürgensen, Bernheim, Robert, Jaccoud, Burresi, Silvestrini, ecc. [2]. Ma prima ch'io entri in argomento, mi occorrono alcune avvertenze. Nelle sale cliniche, dove noi abbiamo a tutta nostra disposizione i malati, gli studj di termometria patologica si possono più regolarmente e più diligentemente seguire, e meglio valutare le influenze modificatrici del calore, medicamentose e dietetiche e psichiche [3]; ma nelle sale cliniche, almeno qui in Palermo, gl'infermi non accorrono che a periodo inoltrato della malattia; per solito, anche le famiglie più povere, per un certo senso o di tradizionale alterezza d'animo o di ribrezzo pel nosocomio, non in-

[1] Su *L'urina nella pneumonite* ha scritto di proposito il Dr. L. Monti nella *Gazzetta medica italiana: Lombardia*, a. 1863.

[2] Wunderlich, *De la température dans les maladies*, traduit de l'allemand sur la deux. édition par F. Labadie-Lagrave, XI, 14, p. 376 e segg. (Paris, Savy, 1872); — Lebert, *Ueber die Verminderung der Körperwärme bei der acuten, primitiven Pneumonie* nel *Deutches Archiv für klinische Medicin*, Bd. IX, 1871; — Thomas, *Ueber die Temperaturverhältnisse bei croupöser Pneumonie* in *Arch. für Heilkunde*, Bd., V; — Jürgensen, op. cit., pag. 62 e segg.; — Bernheim, op. cit., pag. 11 e segg.; — Robert (de Latour), *De la chaleur comme principal élément du diagnostic differentiel de la pneumonie* etc. nella *Union médicale*, a. 1864 e 1878; — Jaccoud, op. cit., t. I, p. 1028 e segg.; — Burresi, lavoro cit., in loc. cit., p. 436 e segg.; — Silvestrini, *Alcune considerazioni sul decorso della febbre nella pneumonite acuta cruposa*, nella *Rivista Clinica* di Bologna, a. 1883, pag. 298 e segg.

[3] Di solito, nella Clinica Medica di Palermo, ai febbricitanti esploriamo la temperatura di 4 in 4 ore; ne' casi di singolare importanza, di 2 in 2, od anche ogni ora.

vocano la carità di questo che quando hanno esauriti gli scarsi mezzi che possiedono in casa, fin impegnando le masserizie per sopperire ai bisogni pel cibo, pe' medicinali e pel medico [1]. Da ciò la conseguenza, che si perdono le osservazioni più importanti dell'inizio del morbo, per le quali, perciò, deesi ricorrere all'esercizio professionale privato. E qui altri inconvenienti: o voi dovete restare co' dubbj che vi lasciano le temperature prese per lo più da inesperti, nelle ore in cui voi non potete esser presente; o voi dovete tra mille disagi sagrificare e riposo e affari ad una osservazione, di cui gl' infermi non vi sapran grado, quando non s' annoieranno. Ma, nei casi importanti, e' bisogna pur fare così.

Le temperature sono tutte prese al cavo ascellare; chè tra noi non è possibile di ottener da' malati il consentimento di esplorare il calore al retto ed alla vagina; e quindi non si domanda neppure, a meno che, trattandosi di casi veramente eccezionali, tutte le circostanze non concorrano per autorizzarvi a chiederlo e ad ottenerlo.

La prima domanda, che spontanea viene alla mente, è questa: Ha tipo costante la febbre della polmonite?—Attenendomi senza preconcezione ai fatti che ho diligentemente raccolti in 26 casi in cui l'osservazione cominciò col primo ingredire della malattia; fatti, che mi vengono raffermati dagli altri 153 casi in cui l' osservazione fu più tardiva [2]; io son venuto a questa conclusione: *Il tipo, nella febbre della polmonite genuina, esiste, ma non è unico.*

a) Un primo tipo, ch'è il più comune (55, 60 %), è questo di cui presento un esempio nella *Tavola IV*. Insorge il brivido improvviso, e durante esso il termometro è poco sopra al normale; mezz'ora dopo la sua cessazione, ecco l'indice termometrico salito

[1] Anche il Prof. Maggiorani dolevasi di queste « difficoltà della Clinica », nel suo *Ragguaglio di un triennio di Clinica medica* cit., pag. 12.

[2] Cioè, in 24 cominciò al primo giorno, in 25 al secondo, in 17 al terzo, in 32 al quarto, in 17 al quinto, in 10 al sesto, in 11 al settimo, in 4 all'ottavo, in 4 al nono, in 3 all'undecimo, in 2 per ciascuno al dodicesimo, tredicesimo, e quattordicesimo giorno. In un caso, la febbre mancò affatto.

a 39,1; e da questo punto, sempre a gradi si vede andar avanti costantemente fino al 3° dì (raramente al 4°), in cui attinge un *maximum*, che conserva inalterato fino al momento che il periodo critico si inizia; qui ricomincia la discesa, graduale, costante, ed in poche ore, che variano da 8 a 18, viene al disotto del normale. La mattina si ha, quasi sempre, una remissione insignificante, di qualche decimo di grado. Questo tipo si presenta generalmente nelle polmoniti della base e in individui più o meno robusti ed adulti; più raro si trova nelle polmoniti del centro e dell'apice e in individui gracili, bambini o vecchi.

b) Un secondo tipo è rappresentato da quest' altro esempio della *Tavola V*. La temperatura, fisiologica o quasi durante il brivido, sale di scatto immediatamente dopo questo, sì da attingere un *maximum* eccezionalmente alto, che si mantiene inalterato fino al quarto giorno; da questo punto comincia la discesa non interrotta, con remissioni matutine più accentuate che in avanti, finchè si ha la caduta critica, rapidissima (2 a 5 ore). Ho riscontrato questo tipo in 50 % delle polmoniti centrali, e sempre in adulti e robusti; solo rarissimamente e per eccezione si può vedere in quelle della base e dell'apice.

c) Un terzo tipo, meno frequente però de' precedenti, in mezzo ai quali sta, l'ho trovato in un terzo de' casi di polmonite dell'apice sopravvenuta in bevitori. Come si può vedere dalla *Tavola VI*, esso risulta da una temperatura costantemente colossale, dal primo momento che segue il brivido a quello della crisi, che viene pur rapida (4-8 ore). Non m'è accaduto, in questo tipo, di esplorare la temperatura durante il freddo; ma ho ragion di credere che anche qui il calore non sia elevato, o di poco.

d) Tanto il primo che il secondo tipo, non mai il terzo, dànno una varietà, che io presento, a riscontro, nella *Tavola VII:* consiste in una remissione più notevole, nella mattina che precede la crisi, seguíta da una esacerbazione considerevolissima, a cui vien tosto dietro la defervescenza completa: è la *perturbatio critica* notata già dagli antichi, la quale, accompagnata com'è da aumento

tumultuario di tutt'i fenomeni morbosi, mette in allarme i profani ed i medici giovani, mentre è invece indizio del termine del processo patologico. Essa non è così rara come si dice; il De Renzi ne troverebbe i fattori nella fusione rapida dell'essudato e nel conseguente assorbimento di un gran numero di principj pirogeni [1].

La cura non modifica, o pochissimo, questi tipi della piressia polmonitica; a meno che, ben intesi, non si tratti d'una di quelle cure che si dicono *energiche*, che *attaccano di fronte la malattia* ec., e che in sostanza, con grave danno dell'infermo, perturbano profondamente tutto l'organismo ed a più ragione la calorificazione periferica. Delle modificazioni, poi, che alla curva termica, come al decorso della polmonite, imprimono alcune speciali varietà di questa ed alcune complicazioni morbose, mi riserbo a dire più in là. Aggiungo, relativamente alla temperatura durante il brivido, ch'essa mi ha mostrato finora un andamento tutt'altro che regolare e costante, oscillando da un caso all'altro per tutte le divisioni di grado che vanno da 36°,9 a 38°,2 del centigrado; e però a me sembra, ch' essa venga forse influenzata da condizioni tutt'affatto individuali di eccitabilità nervosa, di età, di robustezza, di sanità ec.; ma su ciò bisogna attendere a nuovi e larghi studj, perchè si possa con sicurezza affermare alcun che di concreto.

Relativamente alla temperatura postcritica, ch'è ben importante di studiare, perchè il polmone non è ancora tornato *ad integrum*, io posso pienamente confermare le parole del Bernheim: « Si è osservato che è dodici a ventiquattro ore dopo la defervescenza principale che la temperatura è la più bassa. In un terzo dei casi, discende al disotto della normale; nei due terzi dei casi rimane a 37 o qualche decimo di più [2] ». Nelle curve febbrili poc'anzi addotte (v. *Tavola IV*, *V*, *VI*, e *VII*) si ha la evidente prova di ciò. Ho poi osservato, in un ottavo de' casi (22), un fatto singolare,

[1] E. De Renzi, *La polmonite*, pag. 40 e 45 (Napoli, Detken, 1882).
[2] Bernheim, op. cit., lez. I, pag. 15.

che s'è presentato raro nel novennio, ma costituiva la regola costante nelle polmoniti dell'anno 1874, ed è: che venuta la defervescenza critica, il termometro rimaneva per 24 ore iponormale; poi dava un risalto vespertino di 6-8 ore fino a 38°,6 o 39° C., e ciò per due giorni di sèguito, senza disturbi funzionali, senza la menoma modificazione all'andamento ordinario della risoluzione.

La temperatura media dell'acme oscilla, ne' quattro quinti, fra 40° e 40°,6 C.; la minima è stata di 38°,9, la massima di 41°,8 C.; questa s' ebbe in un beone di 50 anni, ateromatoso, catarroso da lunghi anni, denutrito abbastanza, e si mantenne a tanta altezza per ben sedici ore: e pure l' infermo guarì!

M' intratterrò più oltre dell' unico caso di polmonite, che si svolse per tutto il ciclo senza punto di febbre.

Defervescenza critica.—Lo abbiamo già veduto, la defervescenza critica si verifica in due maniere: ora rapidamente, quasi d' un colpo, ora a gradi nel corso di parecchie ore (8 a 18, secondo le osservazioni mie); la prima (79 casi) è appena un po' più frequente della seconda (74 casi), ma e l'una e l'altra si riscontrano indifferentemente in tutte le varietà di polmoniti, gravi o lievi che sieno. Il Wunderlich, il Lebert, il Fismer, il Bernheim ed altri hanno dimostrato che la defervescenza coincide quasi sempre con le ore serotine e notturne; ed io per mia parte, ho da presentare in conferma queste cifre statistiche:

Dalle ore	12 m.	alle	6 p. m.	accadde	29 volte;
» »	6 p. m.	»	10 »	»	48 »
» »	10 »	»	12 di notte	»	46 »
» »	12 di notte	»	4 a. m.	»	20 »
» »	4 a. m.	»	12 m.	»	10 » [1].

Con la defervescenza, dileguandosi prontamente i molesti e pericolosi fenomeni dell'acme, l'infermo fa rapido passaggio da uno stato grave ad una euforia completa, avvegnachè perduri il disturbo locale; or, questo passaggio si accompagna a sudore in

[1] Il De Renzi, op. cit., pag. 41, offre de' risultati tutt'affatto opposti, cioè: In 132 malati, la crisi è avvenuta 22 volte di sera, e 110 volte di mattima.

poco più di due terzi de' casi (108), sudore che in una metà di essi ho trovato profuso, nell'altra metà discreto, e di una durata ordinaria, in entrambi i casi, da una a tre ore. È bene avvertire, che de' 48 casi, i quali non ebbero il beneficio della diaforesi, 27 appartengono a individui da 50 anni in su; e quindi le proporzioni recate debbono modificarsi in vantaggio delle crisi con sudore, perocchè ne' vecchi si capisce che la pelle non è più capace di prestarsi alla benefica funzione. E qui mi piace di ripetere le giuste parole del Burresi: « Io mantengo tutta la importanza che gli antichi attribuivano al sudore nella pneumonite, non solo come segno prognostico, ma anche come mezzo di crisi: al sopraggiungere della risoluzione il sudore denota infatti minorata la stasi venosa generale, e vale (come l'aumento delle orine) a significare migliorate le condizioni circolatorie del polmone; ma servendo inoltre alla escrezione dei prodotti azotati di riduzione, previene il loro accumulamento nel sangue e serve al completo ristabilirsi della salute [1] ».

Tre volte ho visto la diarrea sierosa manifestarsi improvvisamente come fenomeno critico insieme allo sfebbramento, e disparire senz'altro dopo tre o quattro scariche dentro le due ore: si è trattato di soggetti a 46, 50 e 52 anni, nei quali non ci fu sudore. In un bambino di 11 anni, la caduta della febbre si accompagnò a rinorragia.

In un caso d'un vecchio beone, affetto da catarro bronchiale cronico, la defervescenza venne per lisi (8 giorni); mancò affatto in due casi, in cui si ebbe l'esito in ascesso. In due altri casi, ne' quali la polmonite sopravvenne in soggetti con tisi polmonale in corso, la defervescenza è bensì venuta completa col compiersi del periodo ciclico, ma dopo 18-24 ore la febbre tornava a riaccendersi ed a ripigliare l'andamento proprio della malattia prima. Lo stesso fatto ho notato in due altri casi di polmonite che com-

[1] Burresi, loc. cit., vol. cit., pag. 538. Sulla importanza del sudore critico nella polmonite ha insistito più recentemente il Fernet, nella memoria: *De la pneumonie franche aiguë, de son évolution, et de sa crise* (Paris, 1881).

plicarono una infezione acuta (febbre miliarica, ileo-tifo) al principio del suo corso.

Non ho mai potuto constatare l' *albuminuria postcritica*, della quale ci parla il Jaccoud, e che starebbe ad esprimere « l'élimination d'une partie des matières albuminoïdes reprises par l'absorption dans le poumon [1] ».

Durata e *Giorni critici*. — La durata della polmonite, calcolando ogni giorno di 24 ore, (come giustamente vuole il Jürgensen), e fissando come punto di partenza il primo momento del brivido, o degli altri fenomeni iniziali quando questo manca, e come punto di arrivo lo sfebbramento critico, mi è risultata del modo seguente:

Di	giorni	2	in	casi	num.	3;
»	»	3	»	»	»	1;
»	»	4	»	»	»	5;
»	»	5	»	»	»	19;
»	»	6	»	»	»	18;
»	»	7	»	»	»	34;
»	»	8	»	»	»	22;
»	»	9	»	»	»	24;
»	»	10	»	»	»	10;
»	»	11	»	»	»	7;
»	»	12	»	»	»	4;
»	»	13	»	»	»	2;
»	»	14	»	»	»	3;
»	»	15	»	»	»	1;
»	»	16	»	»	»	1;

e riepilogando, abbiamo: che la durata media risulta di giorni 7, $^{70}/_{100}$; che la frequenza maggiore della crisi cade, in ordine decrescente, nei giorni 7°, 9°, 8°, 5°, 10° ec., ma in maniera che i giorni critici coincidono co' giorni dispari più che coi pari, essendochè questi stanno a quelli come 66 : 88; ossia, nel rapporto centesimale, ne' giorni pari si ha la crisi 42,86 %, e ne' giorni

[1] Jaccoud, op. cit., t. I, pag. 1034.

dispari 57,14 %; il che si accorda (meno lievissima differenza) con le conclusioni che Jürgensen ha tratte dalla somma delle cifre fornite da Traube, Wunderlich, Thomas, Griesinger, Bleuler, Ziemssen, Tophoff, Busse, Lebert [1]. Analizzando i singoli casi, possiamo ridurre alla cifra tonda di 7 giorni la media del corso ciclico della polmonite genuina, eliminando la frazione; perocchè dobbiamo tener presente, che nel quadro nostro si comprendono quattro casi di polmonite abortiva, la quale a rigore deve considerarsi anormale pel decorso, e due casi di polmonite in soggetti con epilessia, morbo che ne modificò sensibilmente l'andamento caratteristico, come più innanzi vedremo.

§ 7. — Ma già, non l'epilessia soltanto, bensì non poche malattie son capaci di imprimere una fisonomia speciale alla forma nosografica della polmonite, cui fanno alquanto deviare dal corso ordinario; perocchè, com'è noto, non v'ha morbo al quale essa non possa associarsi. Da qui le principali *varietà di forma*, le quali meritano che si studino e descrivano a parte, non perchè costituiscono un processo morboso diverso, ma perchè assumono diverse apparenze e, sopratutto, perchè hanno d'uopo di speciale terapia, senza di che vanno a male quasi tutte. Qualche altra varietà, poi, degna anch'essa di non venir trascurata, ha ragione o nelle condizioni individuali, o in una influenza non ben definita e nota, ma non perciò men vera, chiamisi poi costituzione medica o genio epidemico, se è permesso di servirci di queste espressioni de' padri nostri, da' quali tanto siam lontani e per idee e per dottrine nel campo delle mediche scienze.

Innanzi, però, di venire a queste *varietà*, uopo è ch'io mi soffermi alle *complicazioni*, che solitamente si svolgono in nesso immediato col processo polmonitico, o vi accedono con una certa

[1] Jürgensen, op. e loc. cit., pag. 60.

frequenza, o affliggevano l'individuo già prima che la polmonite lo incogliesse.

Pleurite essudativa sierosa.—Io ho riscontrato 10 volte la pleurite essudativa, cioè, nella proporzione del 5,55 %, per tutto il decennio; e qui mi trovo di accordo coi risultati delle osservazioni degli altri; ma se vengo a' singoli anni, veggo ch'essa non mantiene per nulla le stesse proporzioni ed è irregolarmente variabilissima: di fatti, in cinque anni soltanto s'è mostrata, e cioè: nel 1875, un caso; nel 1877, quattro casi; nel 1879, due casi; nel 1880, un caso; e, in fine, nel 1881, due casi. Il versamento pleurale è stato sempre, meno una volta, di modica entità, e sempre co' mezzi ordinarj si è riassorbito in breve periodo di tempo (8-15 giorni); la sua comparsa si è potuta notar sempre tra il 4° e il 5° giorno. Notevole il fatto, che tra dieci pleuriti, 3 accompagnavano la polmonite dell'apice, 3 quella del centro, e 4 solamente quella della base; il che chiaramente dimostra, che il processo pleuritico può bene dipendere dalle stesse cagioni che determinano la polmonite, ma non sta subordinato a questa per necessario legame, dato dal propagarsi del processo infiammatorio. Finalmente, è pur utile conoscere che colpita è quasi sempre l'età giovane e adulta (18-44 anni), raro la infantile (un caso a 10 anni), non mai la vecchia; e che sette, fra' dieci casi, appartengono a individui malandati, o per cachessia malarica, o per alcoolismo, o per antecedenti manifestazioni scrofolose.

Bronchite. — Acutamente svoltasi l'ho vista in 8 casi, cioè nel 4,44 %; allo stato cronico, e però preesistente alla polmonite, in 32 casi (17,76 %), i quali si riferiscono per quattro quinti a vecchi e beoni; nell'un caso e nell'altro è una molesta e spesso pericolosa complicazione, e dà facilmente luogo all'edema polmonale. Non occorre avvertire, ch'io non tengo conto, qui, del discreto catarro de' bronchi che ordinariamente suole accompagnare pressochè tutte le polmoniti.

Reumatismo articolare acuto.—N'ho un caso, che mi par utile di far noto, per la speciale importanza data dal fatto, che i due pro-

cessi andarono di pari passo, senza che l'uno ricevesse alterazione o aggravamento dall'altro.

Osservazione VI. — Si tratta d'una diciottenne operaja di Palermo, tal Giovannina Vella, alta, ben complessa, ma linfatica e poco nutrita. Nel giorno 2 marzo 1881 ella aveva per più ore atteso al bucato, passando ripetutamente dal fornello acceso in cucina alla vasca dell'acqua nella corte, quando, verso le 4 p.m., fu colta d'un tratto da brivido intenso, affanno di respiro, e dolore al gomito sinistro. Io vedeva l'inferma alle 6: il freddo era cessato da mezz'ora, dando luogo a febbre alta; ma il dolore articolare, fatto violento, rendeva intollerati i movimenti dell'arto. Notai l'articolazione assai tumida, rossa, sensibilissima, sì che non esitai ad annunziare una monoartrite; ma, d'altra parte, quel cominciamento sì brusco della malattia, quel freddo sì forte e lungo e sproporzionato al processo locale, quell'ansia respiratoria, cresciuta ora di più ed accompagnata da molesti colpi di tosse secca, richiamarono la mia attenzione al torace; e la minuta esplorazione di questo mi dimostrò in fatti un leggero timpanismo con respiro infantile alla base destra, tanto quanto bastava per attestare una polmonite incipiente.

La mattina dopo, i fatti si palesarono con chiarezza. Nella notte la tosse avea continuato insistente, secca, ma sull'albeggiare die' i primi sputi rugginosi; e contemporaneamente cominciava il dolore puntorio al disotto della mammella destra. Alla base del torace il timpanismo ha cesso il posto all'ipofonesi; c'è fremito vocale cresciuto, respiro aspro, rantoli crepitanti. Il soffio bronchiale, con intonazione in I, non comparve distinto che a sera, quando l'ottusità di suono era completa, estesa dall'angolo inferiore della scapola alla base. Quanto, poi, all'artrite, la violenza del dolore era sensibilmente scemata con la fasciatura inamovibile, che non indugiai ad applicare sin dal primo momento; se non che, la sera del 3, trovata anche tumida, rossa e molto dolente l'articolazione del polso sinistro, dovetti immobilitare anche questo, e la relativa calma non tardò a sopravvenire.

Ne' giorni dal 4 al 10 marzo la malattia procedette con un decorso regolarissimo: il dolore puntorio, scomparso affatto sin dalla sera del 3 dopo due successive applicazioni locali di cloroformio, non tornò più; la tosse si fece moderata, l'espettorazione poca e densa, l'affanno non eccessivo. Anche le funzioni del ventre si mantennero fisiologiche. Le articolazioni infiammate, per parte loro, non inasprirono la condizione morbosa, perchè, rese immobili, non diedero più che dolcretti di poca entità, ben tollerati dalla inferma; e con lo sfebbramento critico, venuto la sera del 10 (ottavo giorno di malattia), anche questi scomparvero affatto; e già il domani la stessa paziente notava che l'apparecchio cominciava a esser largo pel braccio, sì che io lo disfeci per rifarlo; e notai allora, che realmente la tumefazione articolare era ridotta al minimo e del colorito normale, e che, più non si aveva dolore, neppur facendo eseguire de' piccoli movimenti.

La convalescenza fu breve e la guarigione assicurata al sesto dì. Il trattamento terapeutico giornaliero consistette in 60 centigr. di salicilato di chinina con 10 di oppio, in tre prese. Quanto al comportarsi della febbre, eccone per esteso le curve nella *Tavola VIII*.

Cardiopatie.—Che riesca pericolosissima e quasi sempre letale, come vuole il Bernheim [1], la polmonite nei cardiopazienti (con vizio organico, s' intende), mi è confermato da quattro casi, nei quali essa complicò un doppio vizio della mitrale, una insufficienza della mitrale, e due insufficienze aortiche; tre di quest' infermi soccombettero prestamente, dal 4° al 5° dì; nell'ultimo sopravvenne in tempo la crisi (6° giorno) a ridargli la vita, quand' ei già parea disperato. Che poi la polmonite possa farsi causa di permanente vizio valvolare, per coaguli fibrinosi che si formano entro le cavità cardiache nel periodo grave della malattia, n' ho due esempj nettissimi ed importantissimi; del primo, osservato in persona di tal Girolamo Sciarrino, fornaio a 58 anni, che stette nella Clinica Medica dal 19 febbrajo al 10 d'aprile 1874, mi basta di aver fatto ricordo, poichè il Federici l'ha già stupendamente illustrato [2]; del secondo, ecco qui la storia clinica.

Osservazione VII. — Il 24 decembre 1873 veniva accolto nella Clinica Medica il misilmerese Francesco Spezio, d'anni 44. Era un individuo di scheletro ben fatto, ma scarno, cachettico, con pomelli e labbri cianotici; ansava, sollevando le pinne del naso; e parlando, per riferire il suo male, interrompeva con frequenti colpi di tosse le sue 41 respirazioni d'ogni minuto, superficiali e oblique alquanto da sinistra a destra. Narrava: « Nella mia vita girovaga di trafficante ho subíta molte volte la febbre accessionale malarica, ma non sì lungamente e ostinatamente come in quest'anno, nel quale da quattro mesi mi travaglio indarno a debellarla del tutto. Era appena una settimana che, mercè la chinina, i parosismi erano interrotti ed io me ne stava in casa a riparare le forze che da un pezzo sento di non aver più, quando, nella notte dal 20 al 21, un fortissimo dolore mi trafigge

[1] Vedi op. cit., lez. II, pag. 37.

[2] C. Federici, *I morbi dell'aorta e le loro conseguenze sul cuore;* a pag. 8 e segg. (Bologna, tipi Fava e Garagnani, 1875).

il costato sinistro sotto la mammella, e mi viene affanno di respiro e tosse secca. Poc'oltre sento che brucio dalla febbre, come negli anteriori attacchi d'intermittente, ma non ho avuto affatto freddo. Continuandomi acutissimo il dolore, la mattina del 21 ho fatto applicare localmente le sanguisughe, ma nessun vantaggio n'ho ricavato; che anzi, esso dolore crebbe più tardi col crescere della tosse, la quale cominciò ad esser seguíta da sputi sanguigni. Pari al dolore, la febbre non è andata mai giù, e mi sembra che sia invece cotidianamente in aumento, perchè dalla seconda notte in qua provo ogni mattina dei brividi, dopo i quali mi cresce la sete e la cefalea. Sono tre notti che non chiudo occhio e non ho un minuto di quiete, e mi sento rotto e sfinito dalla tosse e dall'ambascia ».

L'esame obbiettivo ci fe constatare: ottusità completa dall'apice alla base del polmone sinistro, così anteriormente come posteriormente; fremito pettorale di poco aumentato; respiro bronchiale su tutta l'altezza, intonato in O, accompagnato qua e là da qualche rantolo umido, poco sonoro. A destra, risonanza rimbombante e respiro vescicolare rinforzato dapertutto. L'espettorato poco tenace, rossastro, non molto abbondante. Funzioni del ventre regolari; urine albuminose con eccedenza di urofeina. Il cuore, fisiologico nel volume e nelle contrazioni; i suoi toni netti. Il fegato giunge all'arco costale: la milza, scesa nel quadrante superiore sinistro del ventre, è dura, liscia, e misura centimetri 24 nel maggior diametro.

Presento, nella *Tavola IX*, il diagramma della febbre che, come si vede, fu colossale sempre, con larghe ma brevi remissioni matutine, coincidenti con il sudore che si manifestava circa le sei; però tosto dopo seguivano brividi discreti ed il termometro risaliva di botto. In tale stato di cose il malato non potea che peggiorare; e di fatto, al 6° giorno cominciò ad emettere uno sputo più scorrevole e verdastro; cadde in grave abbattimento, si scompose nella fisonomia, mostrò polsi fuggevoli, irregolari, con 98 battute e parecchie intermittenze. Al polmone malato continuavano gli stessi sintomi, solo erano più numerosi i rantoli. Ascoltando sul focolajo dei toni aortici, si notò per la prima volta un rumore di soffio dolce al secondo tempo, che fu giudicato doversi ad un coagulo fibrinoso, formantesi in un momento in cui il cuore perdeva energia e regolarità di contrazione. Questo soffio perdurò ne' dì seguenti, quando l'infermo pareva precipitasse all'esito finale; ma stimolato e sorretto con alcool, muschio ecc., il cuore resse fino al decimo giorno, quando la caduta improvvisa della febbre mutò del tutto la scena. Per la risoluzione e la convalescenza fu bisogno di tempo e di cura molta; chè lo Spezio non lasciava le Sale Cliniche che dopo un mese e mezzo, guarito perfettamente della polmonite e del tumore splenico e della cachessia, ma non già del vizio d'insufficienza delle semilunari aortiche.

Certo, il coagulo si ridisciolse con la guarigione del processo acuto; ma le valvole avean contratto aderenza, e questa rimase permanente. Prima che l'infermo fosse licenziato, nel cuore erasi già stabilito il compenso con la ipertrofia del ven-

tricolo sinistro, come con la percussione e gli altri segni fisici potemmo constatare, e come anche il tracciato sfigmografico ci dimostrò all'evidenza.

Enfisema polmonale. — In due antichi enfisematici la polmonite mi ha offerto, è vero, caratteri di molta gravezza, ma, contrariamente a quanto afferma il Jürgensen [1], ho visto, dopo la crisi, la risoluzione dell'essudato compiersi con rapidità, in 4 giorni in uno, in 8 nell'altro.

Itterizia. — Com'è naturale, qui non tengo conto de' casi, non infrequenti, ne' quali si riscontra nelle urine il pigmento incompleto della bile, che non dà patente indizio di sè alla vista; nè tampoco di quegli altri casi con tenue suffusione sub-itterica della sclerotica, dovuta a semplice aumento di pressione del sangue venoso nel fegato. L'itterizia vera ho potuto osservare in cinque casi, che riassumo brevemente. — 1) Polmonite sinistra d'ambo i lobi, in un cocchiere a 51 anni, bevitore di lunga data, con ateromasia diffusa dell'aorta ed epatite interstiziale al primo periodo. Morte all'8° giorno (10 gennajo 1876). La necroscopia mostra tuttora la epatizzazione rossa al lobo superiore ed alle parti periferiche dell'inferiore, mentre al centro di questo è cominciata la epatizzazione grigia. — 2) Polmonite destra, di tuttietrè i lobi, in un tornitore di 52 anni, beone, malandato, con epatite interstiziale anch'esso al primo periodo. Morte al 15° giorno (2 febbrajo 1876). La necroscopia trova persistente epatizzazione rossa, poco consistente al lobo superiore, dove la struttura dell'organo è tuttavia riconoscibile. — 3) Polmonite del lobo inferiore destro, in un pastaio ventenne, robusto. Sopravviene catarro gastro-intestinale al primo giorno di malattia, ed al 2° si manifesta itterizia, che accompagna ed oltrepassa il periodo febbrile, il quale si espleta al 13° giorno (12 aprile 1878). — 4) Polmonite destra centrale, in un villico robusto e muscoloso di anni 20. Al 3° giorno di malattia comparisce catarro intestinale intenso, al 4° profonda itte-

[1] Vedi op. cit., a pag. 117.

rizia. La defervescenza critica si ha nel 14° giorno (26 settembre 1879), ma l'itterizia non va via che dopo un mese. — 5) Polmonite del lobo inferiore sinistro, in un cuoco a 19 anni, discretamente costituito e nutrito. Anche qui catarro intestinale, con l'ingredire del processo polmonitico, ed itterizia il giorno dopo, ma assai più lieve de' casi precedenti. Lo sfebbramento viene al 10° dì (21 novembre 1881); l'itterizia si dichiara guarita due settimane appresso.

In nessuno di questi cinque casi ho notato mai polso tardo; tutti presentarono profondo abbattimento morale e materiale, nausea, rari vomiti; nel 4° caso ci fu coma discreto ne' giorni 12° e 13°; ne' primi due, delirio, che devesi principalmente mettere a carico dell'alcoolismo. Le orine presentarono in tutti abbondanti i pigmenti biliari; le feci si ebbero affatto scialbe ne' primi quattro; appena scolorate nell'ultimo. Negli sputi, si notò il color verde nel primo e nel quarto caso, ma soltanto in quest' ultimo potei constatare che il coloramento dovevasi alla presenza della bilifulvina. Quanto al decorso della polmonite, esso è stato, come si vede, lungo in tutti; ma, eccettuati i due che finirono con la morte, esso non venne turbato da fenomeni straordinarj negli altri tre; ed alla lunghezza di periodo contribuì fors' anche il contemporaneo catarro dell'intestino. Non ho fatti proprj per accogliere o rigettare la cosiddetta *polmonite biliosa*, più o meno epidemica; ma tutto considerato, mi accordo col Jürgensen, che molto ragionevolmente la vuole radiata come forma morbosa speciale.

Altre complicazioni osservate: il *catarro intestinale cronico* (6 casi), l'*ateromasia diffusa* (5 casi), la *cachessia sifilitica* (2 casi) ed il *reumatismo articolare cronico* (1 caso), non m'hanno offerto nulla che sia degno di nota; e però vengo difilato a quegli altri morbi e condizioni speciali, da cui la polmonite riceve una impronta particolare, sicchè, modificandosi essa nella esteriore forma e nell' andamento, viene allora distinta con un addiettivo qualitativo. E così noi abbiamo le *varietà* di: Polmonite malarica, polmonite

adinamica, polmonite emorragica, polmonite de' beoni, polmonite degli epilettici, polmonite massiccia, polmonite centrale, polmonite migrante, polmonite abortiva, polmonite senza febbre.

§ 8. *Polmonite malarica.* — Ne' paesi di malaria, gli organismi, deteriorati e infiacchiti per l'azione di questa, sono propizio terreno a' processi polmonitici. L'osservazione, che non è recente [1], ha però dato luogo recentemente a studj speciali e notevoli del Tommasi, del Pisani, del Giampietro, del Gampiet, del Leoni, del Sorel, dell'Ughetti e di altri, su la forma, il decorso, l'anatomia patologica della polmonite malarica [2]. Io l'ho riscontrata nella proporzione non indifferente del 16,66 %, co' miei 30 casi; ma pria che riassuma i risultati da me raccolti in proposito, è utile che precedano alcune storie cliniche.

Osservazione VIII. — Leonardo Miano da Borgetto, tarchiato campagnolo su' 28 anni, ha ripetutamente sofferto le febbri palustri, sì che porta la impronta cachettica caratteristica ed un enorme tumore di milza. Gli ultimi accessi di quartana s'erano vinti col chinino verso la metà d'agosto 1874; il 3 settembre, tornando su la sera dalla campagna, egli è colto improvvisamente da intenso brivido di freddo ed ansia di respiro tale, ch'è costretto ad interrompere il cammino. Condotto in

[1] Fin da Ippocrate (*De aëre, locis et aquis*), fu scritto che le peripneumonie (polmonite, pleurite, bronchite) sono frequentissime ne' paesi paludosi.

[2] Salv. Tommasi op. cit., pag. 15 e seg.; — C. Pisani, *Avvertenze cliniche sulla Pneumonite* (Torino, Negro, 1873); — V. Giampietro, *Poche osservazioni sulla polmonite miasmatica palustre;* ne *Lo Sperimentale* di Firenze, a. 1875, t. XXXV, pag. 627 e segg.; — Gampiet, *Alcune osservazioni sulla pneumonite miasmatica* (riassunte ne *Lo Sperimentale* cit., a. 1876, t. XXXVII, pag. 659); — O. Leoni, *Indirizzo alla diagnosi ed alla cura della pneumonite da malaria;* nella *Gazzetta medica di Roma*, a. 1878, n. 11 e 12; — F. Sorel, *De l'intoxication tellurique considérée au point de vue des formes morbides en général et de ses rapports avec les autres maladies;* nella *Gazette hebdomadaire* de Paris, a. 1880, n. 28 et 29; — G. B. Ughetti, *Istituto di Clinica medica della R. Università di Catania diretto dal Prof. Comm. Salvatore Tomaselli: Note raccolte durante il biennio* 1880-82, § V; nello *Archivio medico italiano* di Torino, a. I, pag. 457 e segg. — Confronta ancora: Grisolle, Oppolzer, Jürgensen, Lépine, De Renzi, opere citate.

casa dopo un'ora, tremando e battendo i denti tuttavia, è messo a letto, dov'io lo visito poco dopo. Ha volto acceso, respiro breve e frequente (42 al minuto), colpi non rari di tosse secca, o qualche volta seguíta da piccoli escreati bianchicci; accusa molta sete e cefalea. La pelle è urente (Temp. 40°,6 C.), i polsi vibrati, battono 116 volte. Nulla di notevole trovo al torace, tranne il respiro rinforzato ed aspro dapertutto.

4 *settembre*, *mattina*. Temp. 38°,6: Puls. 104: Resp. 36. Ha passata la notte insonne ed agitato per cagion della tosse e dell'affanno di respiro: alle 7 a. m. suda una camicia, e sente alleggerire sensibilmente la cefalea. Con la tosse, fatta più rara ed umida, vengono emessi alcuni sputi, alquanto densi, nettamente crocei. Alla base del polmone destro una distinta ipofonesi, con leggero aumento del fremito vocale, e rantoli crepitanti che accompagnano un'eco di respiro bronchiale; alla base del sinistro, timpanismo leggero e breve, rantoli crepitanti. Nessun dolore toracico. Il ventre è chiuso: le urine scarse, rosse, ricche molto di urati.

4 *sera*. Ha continuato nelle condizioni di stamane fino alle 5 p. m.; in quest'ora sopravviene brivido di freddo, poco intenso, che dura circa mezz'ora; col freddo è tornata la cefelea, cresciuta l'ansia di respiro e la sete. L'infermo si lagna di dolore sordo al disotto dell'arco costale sinistro; il qual dolore si esacerba palpando sulla milza, ch'è tesa ed aumentata in volume fino a sporgere di quattro dita trasverse dal detto arco delle coste. La tosse non è molto frequente; lo sputo segue rugginoso, piuttosto scarso, poco denso e a volte addirittura prosciolto. L'ottusità di suono è quasi completa dall'angolo inferiore della scapola in giù, in ambo i lati del torace, ed il respiro bronchiale intonato in O, accompagnato a quando a quando da rantoli umidi a medie bolle non molto sonori. Nessun rantolo anteriormente, nè all'apice. La temperatura 40°,7 alle 6 p. m., 41°,3 alle otto; Puls. 116; Resp. 44.

5 *mattina*. Temp. 38°,6; Puls. 102; Resp. 34. Circa alle 7 sudore profuso, con alleviamento sensibile di tutt'i sintomi. Le condizioni fisiche del torace non sono mutate da iersera. Il ventre s'è normalmente sbarazzato; le urine, oltre a copiosi urati, presentano il pigmento incompleto della bile.

La malattia, dalla sera del 5 alla mattina del 7, procedette regolarmente, proporzionandosi i sintomi allo stato locale, che non offrì variazioni. La milza rimaneva inalteratamente ne' limiti segnati. Verso le 5 p. m. del giorno 7, freddo intenso di mezz'ora, cui fan seguito cefalalgia, grande sete, esacerbazione della dispnea e della tosse. Il termometro, poco dopo, segnava 41°,1; Puls. 120; Resp. 42.

8 *mattina*. Temp. 38°,8; Puls. 100; Resp. 34. Notte insonne ed agitata, continuando gravi come nella sera tutt'i sintomi; alle 5 del mattino poi, è venuto sudore copioso, e la tosse e la dispnea diminuiscono sensibilmente, mentre scom-

paiono quasi affatto la cefalalgia, la sete, l'agitazione generale. Si amministra un grammo di solfato di chinina in tre cartine.

8 *sera*. Temp. 40°; Puls. 102; Resp. 36. Da questo punto fino alla sera del 13, al momento cioè dello sfebbramento critico, che si fece rapido (3 ore) e con sudore profuso, l'andamento della malattia fu press'a poco lo stesso che nel giorno 8 ; non si ebbero più brividi nelle ore pomeridiane, ma persistè il sudore verso l'alba, avvegnachè scarso. La ottusità toracica non subì ulteriori modificazioni, nè il respiro bronchiale, cui seguirono ad accompagnarsi or più or meno scarsi i rantoli umidi a medie bolle; l'espettorato si mantenne alquanto scorrevole, non copioso, ma assunse il colorito roseo dal 5° giorno in poi. Nelle urine, sempre eccedenti gli urati, e l'urofeina anche un po'; normali gli altri elementi; la presenza del pigmento biliare incompleto riscontrai fino al giorno che seguì la crisi.—La risoluzione dello stato anatomico procedette lenta, in dieci dì, ma nessun accidente la disturdò. L'infermo continuò regolarmente a pigliare un grammo di chinina per giorno, per oltre a due settimane ancora, e non smesse che quando io m'assicurai che la milza era ridotta pressochè al normale, e incapace di ulteriore riduzione. È utile che si abbia sott'occhio l'andamento intero della febbre, e però lo presento nella *Tavola X*.

Osservazione IX.— Dal 16 al 24 luglio 1876 io tenni in cura, per febbre palustre a tipo cotidiano, tal Giuseppe Marceca da Borgetto, pastore a 24 anni, di robusta costituzione. Attendeva egli a rifarsi co' ferruginosi quando, senza causa apprezzabile, nella sera del 5 agosto, poco dopo d'aver cenato, è preso da brivido che gli fa battere i denti per oltre ad un'ora; poi tosto si sente alto calore febbrile, accompagnato da dispnea, tosse stizzosa e secca e, dopo un pezzo, da dolore gravativo intorno ai fianchi gradatamente più intenso. Più tardi, rigettò per vomito la cena; e travagliandosi co' suddetti sintomi, cui si aggiunsero cefalea e nausea, giunse alle 8 del mattino, ora in cui si manifesta copiosa diaforesi. Però la febbre non intermette con questa, nè i sintomi relativi all'organo respiratorio; che anzi la tosse, fatta più insistente, esacerba il dolore alla base del torace in maniera da renderlo insoffribile.

Verso le 6 p. m. io visitava il Marceca, subito dopo che un nuovo e forte brivido, benchè stavolta di mezz'ora, aveva aggravati tutt'i fenomeni. Egli giaceva sul dorso, semieretto, con volto acceso, pomelli paonazzi, dispnea notevole (54 respirazioni), tosse a brevi intervalli, seguita da escreati liquidi rossigni. Lagnavasi più che altro del dolore che (secondo la sua espressione) « come un cerchio di ferro gli stringeva la vita », ma lagnavasi eziandio della sete inestinguibile e della febbre che gli « bruciava e torturava le cervella ». Con l'esame, riscontro mutezza completa di suono alla base del polmone destro, ed all'apice del sinistro; questa, sensibile ugualmente e alla fossa sopraspinosa ed alla sottoclavicolare;

quella, non avvertibile, venendo all'esterno, che fino alla linea ascellare media. In queste zone di ottusità non era, o pochissimo, cresciuto il fremito toracico, e la broncofonia; il respiro però nettamente bronchiale, forte ed intonato in I a destra, più lieve ed in O a sinistra. Pelle urente (Temp. 41°,1 C.), polsi vibrati e frequenti (120 battute), con distinto dicrotismo. La milza, aumentata per lo meno del doppio da quello ch'io l'avea lasciata il 24 luglio, si sentiva sporgere di 3 o 4 centimetri all'arco costale.

Consegno alla *Tavola XI* le curve della febbre e riassumo qui il decorso della malattia. Il 7 mattina, all'ora stessa del dì innanzi, profuso sudore e notevole miglioria generale. Non esito ad amministrare un grammo di chinino; tuttavia, anche stavolta anticipando, alle 3 p. m. torna il brivido, breve ma intenso, e la identica esacerbazione d'ogni fenomeno. Così, alla solita ora delle 8 a. m., non manca il sudore abbondante, e la diminuzione de' sintomi tutti; sì che io, fondatamente dubitando che le condizioni della mucosa gastrica non permettessero l'assorbimento del sale chinico, ricorro alla via ipodermica, injettandone un grammo; e l'effetto sperato si ottenne, perocchè nel pomeriggio mancarono il freddo e l'aggravamento straordinario del quadro sintomatologico. Da questo punto, le sofferenze ed i fenomeni si proporzionarono allo stato morboso locale; il dolore era finito col 3° dì, la tosse venuta più rada, e così pure l'espettorato, che acquistò densità maggiore e colorito croceo. Lo sfebbramento, preceduto da perturbazione critica e da erpete labiale, venne rapido al 7° dì; la risoluzione completa dell'essudato dopo altri otto. Il ventre, per tutto il decorso, funzionò regolarmente: le urine si mantennero press'a poco normali sempre, salvo una scarsissima copia di albume che riscontrai al terzo giorno di malattia, insieme ad aumento de' cloruri.

Osservazione X. — Vincenza Bonanno da Belmonte, servetta su' 13 anni di meschino sviluppo scheletrico e nutrizione peggiore, si presenta in Clinica il 1° di aprile 1878, abbattuta, affannata, tossendo con frequenza ma raramente espellendo piccoli escreati scorrevoli d'un rosso sporco. L'esame fisico del torace ci dimostra spenta la risonanza nelle fosse sopra e sotto-clavicolare e nella sopraspinosa di destra, senza aumento del fremito pettorale e della broncofonia, con respiro tubario in O, accompagnato a qualche rantolo discretamente sonoro. In tutte le rimanenti parti del polmone, respirazione vescicolare rinforzata. Normali gli altri organi; eccetto la milza, la quale, dietro a ripetuti accessi di febbri malariche a tipo vario pel corso di sei mesi, ora trovasi grande così da occupar quasi intero il quadrante superiore sinistro del ventre.

La presente malattia cominciò otto giorni fa, verso sera, con brivido forte e prolungato e vomito, cui tenne dietro febbre alta, dolore diffuso a tutto il torace, affanno di respiro e tosse. Gli sputi, pochissimo densi fin dal primo apparire (che fu dopo 24 ore dal freddo), assunsero il colorito rosso sporco al 5° giorno, men-

tre prima erano appena rossigni. La particolarità, a cui l'inferma stessa ha posto mente, è, che ogni mattina è venuto sudore, con diminuzione, ma non cessazione della febbre, e alcuna volta al sudore ha seguíto, a breve intervallo, una distinta orripilazione; fatti che si constatano nella Clinica, dove, col termometro alla mano, abbiam potuto notare la sensibile oscillazione della temperatura dal mattino alla sera (matt. 38°,2 — 38°.9; sera 40°3 — 40°,5 C.). Del resto, il decorso della malattia procedette abbastanza discretamente: i sintomi locali del torace, come la qualità degli sputi, non mutarono fino alla caduta finale della febbre, che si fece d'un colpo e con sudore copioso, al 12° giorno. Ben altri 15 ne furono necessarj per la risoluzione completa dell'essudato polmonale.

Osservazione XI.— Leonardo Ricùpati, contadino quarantenne da Partinico, la mattino del 2 marzo 1880 si levò con nausea, malessere, lassezza delle membra; tuttavia si recò in Palermo dove lo chiamavano urgenti affari, ne' quali si occupò fino alle 5 della sera. Qualche momento dopo, mentre si dispone a pigliare un po' di cibo, è assalito da brivido di freddo intenso e lungo di due ore, a cui segue tosto febbre, dispnea, tosse frequente con sputi fluidi rossastri.

Son chiamato a visitarlo circa alle 8. È un individuo ben complesso, ma denutrito e cachettico per lunghe ed annualmente ripetute febbri palustri, l' ultima delle quali, a tipo terzanario, vinta da quindici giorni appena. La milza, di consistenza lapidea, sporge di quattro dita trasverse dall'arcata costale. La metà destra del torace è priva di suono per tutta la estensione, eccetto nella fossa sottoclavicolare, dove si ha un distinto timpanismo. Le vibrazioni della voce si trasmettono incompletamente alla periferia; si odono su tutta l'altezza rantoli a bolle medie non numerosi, che accompagnano mormorio vescicolare rinforzato nella fossa sottoclavicolare, e respiro bronchiale debole in U in tutto il resto. Il polmone sinistro dà respirazione vescicolare esagerata, ma non rantoli. Volto acceso, lingua arida, pelle asciutta ed urente. Temp. 40°,8 C.; Puls. 116; Resp. 44.

I fatti notabili che accompagnarono la malattia dal 3 al 14 marzo, giorno della defervescenza critica, sono questi — *a)* Condizioni fisiche del torace destro immutate per tutto il periodo, salvo un'accentuazione maggiore del soffio bronchiale nella fossa sottospinosa soltanto, dal quarto giorno in poi; — *b)* Tosse sempre insistente; sputi però non copiosi, fluidi, di colorito roseo;—*c)* Larghi sudori verso le 7 a. m. del 3, del 5, del 7 e del 9; brividi sensibili, ma corti, alle 6 p. m. de' giorni 4, 6 e 8; brividi e sudori che più non si rinnovarono dopo la cotidiana somministrazione di un grammo di chinino, a partire dalla mattina del 9. La febbre, come chiaro dimostra la *Tavola XII*, si elevò ed abbassò in conformità de' brividi e de' sudori; poi, su la fine, rimise gradatamente nel corso di 16 ore circa; — *d)* Urine fortemente acide sempre e molto ricche di urati, di fosfati e di cloruri, come altresì di urofeina.

Osservazione XII. — Giuseppe Cutilletta è un robusto agricoltore di 22 anni, ch'io molte volte ho tenuto in cura per febbri accessionali malariche. Nel giorno 20 maggio 1880, mentre lavora una sua vigna prossima al nativo Borgetto, vien colto da un acquazzone che gli immolla affatto il vestito, ch'ei però non cura di cambiare. La notte, circa le 4 a. m., comincia a provar brividi, che ripetendosi a brevi intervalli si fanno sempre più sensibili, senza che si mutino in vero freddo; e contemporaneamente si mette ad ansare ed a tossire con frequenza, espellendo, di lì a poco, sputi siero-sanguinolenti non copiosi. Tre ore dopo quand'io lo vedo, non ci sono più brividi, ma si è aggiunto dolore toracio a destra, cefalea frontale e sete ardente. La faccia è rossa, le vene giugulari alquanto turgide. La metà destra del torace dà, posteriormente, ottusità completa di suono dall'apice alla base, fremito vocale assai lieve, respiro tubario in U, debolissimo, che si accentua solo un po' quando l'infermo ha tossito e spurgato; anteriormente, suono timpanitico vuoto e murmure vescicolare strisciante. In tutto il polmone sinistro respirazione rinforzata senz'altro. Milza dura, grossa, col maggior diametro di centim. 26, dolente alla pressione al pari che il fegato, il quale deborda per circa tre centim. dall'arcata costale. Temp. 41°; Puls. 120; Resp. 42.

Verso le 2 p. m. la pelle si copre di sudore profuso, che si protrae fino alle 4; la cefalea, l'ansia, la tosse, il dolore laterale, la sete, diminuiscono sensibilmente e l'infermo sentesi migliorato d'assai. Alle 7 p. m. Temp. 38°,1; Puls. 96; Respirazione 28.

Passa discretamente la prima metà della notte; ma alle 2 del mattino insorgono nuovi brividi, lievi, che cessano in capo a mezz'ora, dando luogo però ad un aggravamento notevole di tutt'i sintomi, il quale riproduce identicamente lo stato del mattino anteriore. Alle 7 trovo eziandio delirio calmo, che si alterna con stupore, ed una tinta sub-itterica delle sclerotiche e della pelle. Le condizioni del polmone malato sono le stesse; ma la milza è cresciuta due buoni centimetri, i polsi si son fatti dicroti e più rari (80 battute), mentre più grave è la dispnea (46 resp.) e la temperatura montata a 41°,3.—Injetto sotto la pelle 50 centigrammi d'idroclorato di chinina; e non appena, verso le 2 p. m., veggo manifestarsi il sudore, comincio a somministrarne per bocca un altro grammo, in tre dosi. Col sudore non manca la remissione significante d'ogni fenomeno: Temp. 38°,4; Pulsazioni 104; Resp. 40.

Da questo momento restano interrotti i brividi di freddo ed i forti scatti termici del mattino, ed altresì le straordinarie esacerbazioni della dispnea, della tosse, ec.; nondimeno il calore febbrile si mostrò sempre più alto la mattina che la sera, e nel pomeriggio non mancò fino al 6° dì un distinto madore della pelle (vedi *Tavola XIII*). Nè i sintomi fisici del torace però, nè la qualità degli sputi subirono modificazione dal 1° al 10° giorno, nel quale si ebbe rapida crisi, contrasegnata da diaforesi e diuresi abbondante. Nelle urine, dal 2° al 10° giorno, fu co-

stante la presenza del pigmento incompleto della bile e l'eccedenza dell'urofeina. La somministrazione de' sali chinici fu continuata tutt'i giorni fino all'8 di giugno, nel quale il Cutilletta era perfettamente guarito.

Da queste cinque storie, come dall'altra riferita già innanzi (v. *Osservazione VII*) e dalle 24 che ho sott'occhio e per brevità tralascio, io desumo, che l'influenza della malaria su la polmonite genuina non è nè lieve nè indifferente, e che le notevoli modificazioni nel decorso e nello stato anatomico dànno sufficiente ragion di essere alla varietà di *polmonite malarica*. È da rigettare la *polmonite intermittente periodica*, ammessa dal Grisolle ed accettata anche oggi da alcuni, perocchè, come ben osserva l'Oppolzer, è un errore madornale la supposta intermittenza dell'essudato polmonitico. Ne' casi descritti come *polmonite intermittente* sono da riconoscere, invece, de' casi gravi di febbre intermittente, accompagnati da iperemia più o meno estesa ed acutissima del polmone, con conseguente rottura de' capillari [1]. Le modificazioni, intanto, sintomatiche ed anatomiche, che caratterizzano la *polmonite malarica*, sono le seguenti:

a) Il brivido iniziale è intenso e lungo quasi sempre e si ripete regolarmente a periodo cotidiano, terzanario, quartanario ec., a seconda del tipo della febbre malarica, di recente od in atto subíta;

b) Ad ogni ripetersi del brivido si esacerbano notevolmente tutt'i fenomeni che accompagnano il processo polmonitico (febbre, dispnea, tosse, dolore laterale ec.); e questa esacerbazione dura parecchie ore, venendo meno col manifestarsi del sudore, che costantemente accompagna tutte le remissioni;

c) La ottusità toracica si presenta estesa e notevolissima fin dal primo momento, ma con essa non procedono di pari passo i fenomeni di consonanza; perocchè questi sono invece poco accentuati, anche a processo inoltrato, ed accompagnati il più so-

[1] Cfr. in questo volume, a pag. 18.

vente da rantoli umidi discretamente numerosi. La ragione di questi fatti ci è data dalle concordi osservazioni necroscopiche di Baccelli, Schrönn, Marchiafava, Leoni ec., i quali hanno trovato un essudato a prevalenza sieroso [1];

d) Gli sputi sono poco densi, niente tenaci, talvolta affatto prosciolti, di colorito il più spesso rosei o rossastri, qualche volta verdi;

e) La febbre dimostra nettamente un periodo (cotidiano, terzanario, quartanario, ec.) in connessione co' brividi e co' sudori, dando delle oscillazioni da 2 a 3 gradi. Qualche volta (3 in 30) si ha il tipo inverso; ma anche qui è chiaro ed evidente il periodo. I sali di chinina trionfano sempre di questi periodi e delle eccessive elevazioni termiche;

f) Le urine si presentano con abbondanza di urati e di urofeina; sovente contengono il pigmento incompleto della bile; son fortemente acide; qualche volta abbondano anche di cloruri.

g) La milza è sempre più o meno voluminosa;

h) Il processo polmonitico, nell'80 °/₀, attacca più lobi contemporaneamente;

i) La risoluzione dello stato anatomico si fa più lenta d'assai, a parità di circostanze, che in una polmonite ordinaria.

Polmonite adinamica.—Attesa la forma sintomatologica dell'unico caso che n'ho osservato, mi è parso di potere più giustamente preferire l'addiettivo *adinamica* all'altro di *astenica*, col quale più comunemente viene contradistinta questa varietà di polmonite, ad evidenza dipendente da infezione, e sì dottamente illustrata

[1] La infiltrazione flaccida si verifica negli stati idroemici, nelle cachessie, nei morbi gravi infettivi ec. donde la varietà di *polmonite sierosa* osservata già dal Traube, riconfermata più recentemente dal Michelson e dal Kortschynscki. (Vedi: Lépine, *Dict.* cit., pag. 438;—*Rivista clinica* di Bologna, a. 1882, pag. 471).

dal Leichtenstern [1]. Dopo il lavoro di questo egregio Professore, a me basta di riferire senz'altro il caso clinico.

Osservazione XIII. — Raffaello Enia da Partinico, ha 43 anni, ma ne mostra parecchi di meno per la nutrizione florida e la robustissima costituzione. Nè da giovanetto nè da adulto ha sofferto mai infermità da tenerne conto, avvegnachè ne' sedici anni che servì l'esercito nazionale nel corpo d'artiglieria di campagna, e ne' due che appartiene al corpo delle guardie di pubblica sicurezza a cavallo, egli siasi esposto a disagi, intemperie, strapazzi d'ogni maniera.

Il 10 novembre 1880, dopo una faticosa escursione notturna per luoghi insalubri, nella quale sudò e sentì freddo alternativamente, cominciò a sentirsi svogliato, inappetente, lasso. Su l'alba del 15 è preso da brividi di freddo, lievi ma a scosse rinnovantisi e ravvicinantisi, e contemporaneamente prova gravezza al capo, sete, senso di languore generale. Tre ore appresso, finiti quasi del tutto i brividi, la temperatura del corpo segna 41° C., i polsi battono 124 volte, il respiro va fino a 44. L'infermo si lagna sopratutto di prostrazione grandissima delle forze, e poi di dolor di capo e dolori vaganti al dorso, sete, oppressione del respiro; tossisce con frequenza, emettendo piccoli sputi discretamente tenaci, nettamente rugginosi. La ricerca de' sintomi fisici del torace dà, però, risultati affatto negativi. La milza apparisce appena un po' aumentata in volume; del resto, nulla di anormale nella cavità del ventre.

La sera, identico stato; ma l'infermo manifesta un languore ed un'apatia tale, che mette in pensiero. Temp. 41°,3; Puls. 132; Resp. 46. I polsi tenui, alquanto molli; i toni cardiaci poco intensi. Erasi amministrato del chinino per bocca, del Marsala, del buon brodo; a sera si aggiunge del muschio per via ipodermica.

16 *nov*, *matt.* Temp. 41°,2; Puls. 140; Resp. 44. Continuano inalteratamente le condizioni della sera; solo che i dolori dorsali si sono fissati in modo stabile e molestissimo al fianco destro. L'infermo, in giacitura dorsale semieretta, sta sul letto come abbandonato al proprio peso; sì che per osservarne la regione posteriore è uopo che due ajuti lo sollevino e sorreggano. Nessun segno fisico ancora che riveli la evidente polmonite centrale. Anoressia completa; ventre chiuso.

16 *sera.* Temp. 41°,2; Puls. 144; Resp. 48. Segue sempre lo stesso; ma cresce l'abbattimento generale, a malgrado del muschio per via ipodermica, e dell'etere solforico per bocca, oltre a' soliti brodi, al Marsala, alla tintura di china ec. La sete s'è fatta ardentissima, la lingua arida; appaiono fuliginosi i denti.

[1] *Sulle polmonite asteniche, pel* Dr. O. Leichtenstern; forma il numero 103 della « Raccolta di Conferenze cliniche » del Volkmann (Napoli, Leon. Vallardi, 1880; traduz. del Dr. C. Maglieri).

17 *mattina*. Temp. 41°,3; Puls. 148; Resp. 44. Lo stato generale è come ieri; la tosse e l'espettorazione sono però in aumento; non così il dolore del fianco, ch'è comportabile dopo due successive applicazioni locali di cloroformio. Al lato destro del torace, anteriormente, tra la 2ª e la 3ª costa, si ode un leggero suono timpanico, con respiro rinforzato cui si accompagna qualche rantolo crepitante; posteriormente, dalla spina all'angolo inferiore della scapola, ipofonesi distinta, fremito toracico cresciuto, respiro bronchiale intonato in O. Alla base, come pur a sinistra dapertutto, suono e respiro rinforzati, senza rantoli. Ventre molle, indolente; nella notte s'era scaricato di scarse feci formate. La milza rimane nei confini già segnati.

Queste condizioni non mutano per niente nel dì, nè il termometro scende d'una linea; ma alle 5 p. m. ecco che la temperatura cade repentinamente a 36°, mentre i polsi si fanno tenuissimi e quasi impercettibili, il respiro irregolare, e la superficie del corpo si copre d'un sudore freddo e vischioso. L'infermo, con piena intelligenza del suo essere, si lagna a voce fioca dell'estremo languore in cui si trova e domanda che lo sollevino, perchè sente che scivola in giù. Ma a poco a poco si fa più apatico, si stravolge nella fisonomia, illanguidisce maggiormente, benchè non cessi di prendere avidamente e brodo, e vino (quantunque astemio), e medele eccitanti, e di buona voglia sopporti tutt'i mezzi esterni impiegati ad animare la circolazione periferica. I toni del cuore si sentono tuttavia ritmici, ma debolissimi e cupi; veri rumori di soffio non si ritrovano.

La mattina seguente, 18, il termometro segnava 35°, e fermo vi rimase per altre trentasei ore, cioè fino alla sera del 19, quando l'Enia soccombette. Notevole è questo, ch'egli, quantunque abbattuto e comatoso, chiamato apriva gli occhi e mostrò sempre mente lucida fino a pochi momenti innanzi la morte, e accusò esattamente le sofferenze che gli dava il languore infinito delle forze. La polmonite era venuta affatto periferica, anche in avanti; la intonazione del respiro bronchiale crebbe fino all'I; lo sputo si mantenne croceo fino all'ultimo, ma si fece più scorrevole. Non si manifestò affatto edema al polmone sinistro.

Quanto alle urine, esse presentarono un peso piuttosto elevato (1026) ne' primi tre giorni che vennero raccolte ed analizzate, con tracce d'albume ed eccedenza di urati e di urofeina; negli ultimi due dì non fu possibile di raccoglierle.

La necroscopia non mi venne consentita.

Polmonite emorragica. — È una forma rara, costituita da profusa emorragia polmonale che piglia origine nel focolajo polmonitico, con questo iniziandosi e finendo poi con la crisi. In sostanza, allo sputo patognomonico si sostituisce l'emottisi vera e propria, ma

ACCADEMIA DI MEDICINA ★ DI TORINO

l'andamento generale della malattia non differisce gran fatto dall'ordinario, nè per gravezza di sintomi nè per durata. Le differenze stanno, oltre che nello sputo, nella lentezza di risoluzione dello stato anatomico e nell'estremo spossamento in cui rimane l'organismo dopo la malattia; e questo si capisce ch'è una necessaria conseguenza delle abbondanti perdite sanguigne, contro le quali sogliono riuscire inefficaci gli emostatici tutti, anche largamente amministrati. La polmonite emorragica riscontrasi qualche volta in individui eminentemente pletorici, come può vedersi nel caso riferitone dal Bernheim [1]; ma per solito è la forma propria degli individui che hanno tisi in corso, o eredità ed abito tisico. S'intende da sè, che non sono da annoverare tra le emorragiche quelle polmoniti, che per speciali disposizioni morbose individuali (emofilia ec.) presentano delle emorragie del polmone più o meno abbondanti, ma complicate regolarmente ad altre emorragie libere od interstiziali e non mai limitate al solo focolajo polmonitico, al quale sono sì intimamente connesse, che ne seguono con precisione il corso e le oscillazioni.

De' tre casi da me osservati, due appartengono: Ad un fornajo di 32 anni, discretamente sviluppato e nutrito, ma figlio di genitori morti entrambi di tisi e fratello di un giovanetto che da lì a poco finiva per tubercolosi miliare acuta; egli stesso, fino al 27° anno soffrente per manifestazioni scrofolose diverse, cioè, suppurazioni ripetute delle glandole del collo e tumor bianco al ginocchio destro, guarito in fine con l'anchilosi;—E ad una sarta di 24 anni, gracile e amenorroica, che perdette anch'essa per tisi e padre e madre, e che alla faccia, al collo, alle braccia, alle gambe presentava numerose e profonde cicatrici per varie e lunghe affezioni scrofolose patite. Nell'un caso e nell'altro la guarigione del processo polmonitico si ottenne completa, senza nessun residuo morboso nell'organo; il sangue perduto fu molto abbondante, e manifestossi nel fornajo dopo 10 ore dal cominciamento della

[1] Bernheim, op. cit., lez. I, pag. 19-21.

malattia, nella sarta dopo 14 ore; scomparve del tutto con l'iniziarsi della defervescenza critica, la quale si fece a gradi (in 10 ore ed in 12 ore) e senza sudore o altro fenomeno degno di nota. La durata fu in tuttiedue di nove giorni; la risoluzione di 14 giorni nel fornajo, di 16 nella sarta. L'infiltrazione si ebbe in entrambi al lobo inferiore destro. Nulla di particolare relativo all'andamento della temperatura e de' fenomeni fisici; il respiro bronchiale oscillò fra l'intonazione in I e quella in O; non si ebbe edema collaterale, le altre parti del polmone essendo rimase completamente sane. Mancò affatto il dolore puntorio nel fornajo; si ebbe discretissimo nella sarta, dal 2° al 4° giorno soltanto.

Il terzo caso, avvenuto in persona d'un individuo con tisi in corso, merita di essere riferito più dettagliatamente, anche perchè dimostra inesatta ed inconsiderata l'asserzione del Bernheim, che cioè esista antagonismo tra polmonite fibrinosa e tisi, e che in individuo degente per questa, non si sviluppa mai quella [1].

Osservazione XIV. — Ne' primi del marzo 1882 io teneva in cura il calzolajo Francesco Paolo Bracco, d'anni 23, affetto da polmonite caseosa dell'apice sinistro. Questa infermità datava da sei mesi, ed erasi manifestata in lui dopo una vitaccia di disordini e di bagordi fatta per quasi un anno; ma il germe stavane certamente da un pezzo nel suo organismo malfatto e gracile, perocchè fanciullo avea perduto la madre per tisi del polmone, e giovanetto l'unica sorella, a lui maggiore di età, per la stessa malattia. Nondimeno, prima dell'attuale, non era incorso in nessun morbo di rilievo. Ora, la sua condizione era abbastanza grave: limitato il male al solo apice sinistro, ma la ulcerazione evidente; la febbre continua, con larghe remissioni matutine dopo profuso sudore; tosse molesta la notte, espettorazione non molto abbondante, ma purulenta; dimagramento sempre più manifesto da un dì all'altro.

Nel mattino del 13 marzo viene improvviso un forte brivido, accompagnato da grave affanno di respiro e da tosse insolitamente ravvicinata; ed un'ora dopo, appena cessato il freddo, una copiosa emorragia, a sputi piccoli ma non interrotti. Contemporaneamente il termometro s'era elevato presso a' 40° del centigrado, venne sete ardente e cefalea, accensione del volto notevole. All'esame del torace constato che l'emorragia proviene dall'apice polmonale destro, come nettamente

[1] Bernheim, op. cit., lez. I, pag. 26.

dimostrano i rantoli umidi a bolle varie e poco sonori della fossa sottoclavicolare di questo lato, ed il nessun mutamento de' ſenomeni nell'apice sinistro. Nulla riscontrasi nelle altre parti del polmone.

Durante la giornata, mercè l'applicazione locale del ghiaccio e l'uso interno di segale e di morfina, la emorragia viene quasi completamente arrestata; ma lo affanno di respiro, la ſebbre, la ceſalea ec. continuano sempre allo stesso grado, anzi esacerbando un po'. L'ascoltazione dimostra a sera un lontano soffio bronchiale, accompagnato da qualche rantolo; soffio bronchiale, che la mattina seguente si ſa distintissimo e superficiale, con intonazione in E. Si constata eziandio aumento del fremito pettorale e broncofonia e, alla percussione delicatamente praticata, anche un sensibile smorzamento della risonanza. Questi fenomeni riuscivano pure abbastanza dimostrabili nella fossa sopraspinosa; di maniera che, tenendo conto di tutto, non era più dubbia la diagnosi di una polmonite fibrinosa dell'apice destro.

Nella *Tavola XIV* do il diagramma della temperatura, ch'è importantissimo e molto dimostrativo del processo acuto sopraggiunto ad un processo cronico; quanto poi all'andamento ulteriore del primo, ecco brevemente le mie osservazioni.

L'espettorato ſu sempre di schietto sangue, rutilante, spumoso, emesso a sputi or più or meno grossi, non mai a sbocchi. L'uso continuato degli emostatici, cui fu sempre accoppiato un sedativo, non giunse ad arrestarlo mai; e nel giorno 14, la sera del 15, la mattina del 17, la mattina del 18 e la mattina del 20 si rinnovarono emorragie imponenti quanto quella del primo giorno, di modo che in poco meno di quindici minuti primi si avevano da 100 a 150 grammi di sangue per volta; negl'intervalli, poi, qualche sputo pur continuava, piccolo, vivo, e solo di raro aggrumato. La dispnea ſu gravissima dal principio alla fine; la tosse molesta e ravvicinata durante e dopo ogni emorragia, discreta negl'intervalli. Il dolor puntorio si maniſestò alla mammella destra, nella sera del primo giorno, ma di intensità mediocre, e spontaneo dileguavasi dopo 24 ore. Quanto a' fenomeni fisici plessimetrici ed ascoltatorj, non si mutarono punto dal 14 al 20, nel polmone destro; nel sinistro però notai, che gli abituali rantoli sonori dell'apice scemarono evidentemente ne' giorni che la polmonite acuta si svolse e (conseguenza e prova di tale diminuzione) nella sputacchiera, tra gli escreati di schietto sangue, solo qualcuno e piccolo di pus potea dimostrarsene.

Circa il mezzodì del 20 il termometro cominciò a segnare una discesa, che gradatamente, nel corso di 14 ore, condusse allo sfebbramento completo, senza sudore o altro fenomeno critico. La dispnea e la tosse finirono, e l'inſermo chiuse gli occhi ad un sonno calmo che durò molte ore. Non che sangue, ma nessuna espettorazione si vide ne' 4 dì che seguirono, nè quasi punto di rantoli si udivano a' due apici polmonali; al quinto giorno ricominciarono i soliti, provenienti dall'apice sinistro ulcerato, ed in coincidenza con essi ripristinavasi la ſebbre

etica, il sudure notturno, ec., ad accompagnare il fatale corso della cronica malattia. E nondimeno, la risoluzione dello stato anatomico nel polmone destro si compì regolarmente, benchè tardivamente, agli 8 d'aprile. Da questo giorno in poi, l'andamento del morbo, che dopo due mesi condusse a morte il Bracco, allo studio nostro non interessa più; aggiungiamo solo, che s'egli non poteva sfuggire alla sua fine, questa però fu certamente affrettata dalla malattia acuta per le gravissime perdite di sangue cui essa die' luogo.

Polmonite de' beoni. — Tutti gli Autori hanno segnato le manifestazioni caratteristiche onde va distinta la polmonite, che si svolge in soggetti dediti abitualmente all'uso immoderato dell'alcool; e l'Huss ne ha fornito un quadro, che per la precisione ed evidenza viene meritamente additato e riprodotto [1]. Ma, come ben osserva il Jürgensen, l'Huss ne descrive gli stati nel loro pieno sviluppo, lasciando da parte le forme più lievi; a noi, invece, preme di conoscer meglio queste, ch'hanno nel caso nostro maggiore interesse, perciocchè in Sicilia non c'incontriamo in quei grandi bevitori d'acquavite che l'Huss ed altri Clinici del settentrione hanno frequente opportunità di osservare, ma solamente in bevitori di vino; e questo, alcoolico per quanto si voglia, rimane sempre molto indietro all'alcool schietto per la forza e, in conseguenza, per gli effetti dannosi sull'organismo.

I polmonitici bevitori da me studiati ascendono a 24 [2]: ventuno uomini e tre donne, tutti appartenenti alle classi de' facchini, de' servitori, de' calzolai, de' cuochi, de' murifabbri, ec. e tutti (escluso un vetturale di 23 anni) in età abbastanza inoltrata, dai 35 a' 72. Ciascuno di essi, per quanto mi è riuscito di appurare, consumava giornalmente una quantità di vino, che oscilla fra due e tre litri; quasi tutti si presentavano con le apparenze di florida salute, nè, prima di ammalarsi acutamente, aveano mai offerto nessun segno che accennasse a scadimento delle forze muscolari oppure a disturbi del cervello; però, a un esame più attento, po-

[1] Cfr. Jürgensen, op. e loc. cit., pag. 124 e seg.

[2] Lascio da banda parecchi altri, ne' quali la osservazione non fu completa.

tea dimostrarsi in due terzi la esistenza dell'ateromasia, precoce o più estesa che alle rispettive età non convenisse, e del catarro bronchiale cronico, lieve per sè, ma grave e pericoloso come complicazione al processo polmonitico.

L'analisi minuta de' 24 casi mi ha dimostrato questi fatti:

a) Il brivido iniziale, in un terzo, è discreto e rinnovantesi da 4 a 8 volte fino al terzo dì, cui non oltrepassa giammai; in $\frac{1}{6}$ è forte ed unico, in $\frac{1}{6}$ mancante;

b) La frequenza del respiro è molto notevole ne' casi complicati a catarro bronchiale cronico; ma non appena comincia il delirio ed il collasso, si vede farsi notevolmente più rada, però faticosa e qualche volta stertorosa [1];

c) La tosse nel primo momento, e massime ne' catarrosi, è insistente, molesta; dopo qualche ora (da 2 a 6) si fa a lunghi intervalli, con brevi colpi e senza disturbo degl'infermi. Solo in un ottavo de' casi (3) ho notato che persiste violenta e continua sino alla fine; in $\frac{1}{12}$ ha mancato affatto (v. *Osservaz. II e III*). La espettorazione caratteristica, la quale, come abbiamo già avvertito, è di colorito rosso fiammante e di consistenza alquanto fluida, non segue ordinariamente la tosse che dal secondo al terzo giorno in poi, ed è sempre scarsa; eccettuati due casi, ne' quali cominciò tosto dopo il freddo e fu copiosa, ed un terzo caso dove mancò del tutto (v. *Osservaz. III*). Quando c'è concomitante catarro bronchiale, si vedono degli escreati affatto catarrali commisti a' patognomonici;

d) Il dolore laterale fa difetto nella metà de' casi; nell'altra metà l'ho riscontrato indeterminato quasi sempre e moderatissimo, tantochè s'è potuto trascurarlo nella terapia. Per la durata, esso non ha mai ecceduto i limiti di un giorno;

e) Fenomeni costanti e distintivi di questa varietà di polmonite sono: il delirio, il tremore muscolare, il collasso. Non appena il beone incoglie nella malattia, ecco che, sia pur egli per

[1] Cfr. Traube, *Lezioni cliniche* cit., lez. IV, pag. 45.

abitudine taciturno, si abbandona d'un tratto ad una parlantina, ad una smania di intrattenersi o discutere di tutto e di tutti, che fa sorpresa; ed alle parole accompagna i gesti, le contrazioni espressive de' muscoli della faccia, che appare injettata e voluttuosa, la irrequietezza di tutto il corpo; e salta dal letto talora, o perfino si veste e va fuori. Regolarmente, trascorre così il primo giorno, qualche volta anche il secondo; al domani, dopo una notte insonne e con vaniloquj, la loquacità apparisce maggiore, come la irrequietezza, ma i discorsi sono sconnessi e sconclusionati; i movimenti degli arti, insicuri e contradistinti da un tremolio notevole, che in certo qual modo si continua anche nei momenti di immobilità; tremolio che si riscontra pure alle labbra e fa, nel parlare, assumere alla voce la oscillazione tremola ch'è propria del Pulcinella o del balbuziente. Gli occhi sono vivaci, mobilissimi; i polsi celeri e frequenti, forti in apparenza, ma in fatto compressibili; come le forze muscolari, che dànno apparenza di vigoria, ma, alla prova, subitamente si esauriscono. Questa tendenza decisa al collasso è anche dimostrata, nel periodo di stato, da' facili sudori che sopravvengono mentre la temperatura rimane alta, od aumenta, e le pulsazioni crescono di frequenza; sudori che son di tristo presagio, perchè non ristorano l'infermo nè rialzano le forze del suo cuore, come quando son critici, ma ne affrettano invece l'esaurimento. Se la morte deve chiudere la scena, si inizia con questi sudori uno stato di apatia e di rilassamento generale, che rapidamente crescendo, fa capo al coma, con cui si finisce. Durando tale stato, non resta de' primi fenomeni che il tremolio solo delle labbra, incessante, evidentissimo, sì che sembra che il malato borbotti tra sè e sè. Se poi la risoluzione dee compiersi, allora questi sintomi non si verificano, ma continua il delirio, calmo, come semplice vaneggiamento, e con esso il tremore, ma assai più moderato; e l'infermo, docile ed obbediente, anzi passivo, eseguisce quanto gli si dice, manda giù quanto gli si amministra, ed ha il benefizio di qualche ora di sonno. Ma anche durante questo, mormora parole inconcludenti; come altresì con-

tinua a mormorarne, per solito, fino a' primi due o tre giorni che seguono alla crisi;

f) La temperatura in cinque sesti (20) va per tutto il decorso a notevole altezza, (40°-41°,8 C.), non proporzionata alla estensione del processo locale; fatto, che non è legato nè all'età, nè al sesso, ma al morbo per sè e all'organismo alcoolizzato, o forse anche in parte alla sede occupata dall'essudato, perocchè la metà di questi casi appartengono a polmonite dell'apice. Ne' quattro casi, poi, dove la febbre serbava un adequato rapporto coll'essudazione, ho notato che le maggiori esacerbazioni termiche coincidevano sempre o co' fenomeni del *delirium tremens*, o con l'adinamia; se pure non è a dire, invece, che delirio e adinamia non sono che la conseguenza dell'elevamento del calore;

g) La durata, in due terzi, è lunga, 13 giorni in media; in un terzo non si allontana dalla cifra media ordinaria di 7 dì. La defervescenza viene quasi sempre (14 su 17) per crisi, ma senza sudore o lievissimo. Consèguita una prostrazione di forze incredibile, temperatura assai bassa, gran bisogno di calma e di sonno;

h) È un'eccezione che l'essudato sia compatto; comunemente è alquanto flaccido, come dimostrano gli sputi poco o niente tenaci, la discreta ottusità di suono, il fremito vocale niente esagerato, il respiro bronchiale con bassa intonazione (I, O, U), e sopratutto poi i reperti necroscopici. Ciò è indubbiamente dovuto alle deplorevoli condizioni organiche dei bevitori; alle quali pur si deve la risoluzione stentata ed assai tardiva dell'essudato, che è raro si vegga compiuta prima del quattordicesimo giorno; per solito, va fino al diciottesimo od al ventesimo giorno. Il Jürgensen, il Jaccoud ed altri affermano, che questa risoluzione lenta è causa di complicanze e postumi, come i morbi cardiaci, la cangrena e la caseificazione polmonale consecutive a polmonite acuta ec. Non ho mai osservato, qui in Sicilia, queste complicanze e questi postumi nella polmonite de' beoni; la quale, se non ha avuto esito infausto, ho visto sempre andare a guarigione completa;

i) Il processo morboso, solo in un sesto de' casi invade contemporaneamente più lobi del polmone; d'ordinario piglia sede in uno, nè sempre l'occupa intero. Trovo, poi, che i varj lobi serbano tra loro queste proporzioni:

Il lobo	inferiore	è invaso	50	volte	su	100;	
»	» superiore	»	» 41,67	»	»	» ;	
»	» medio	»	» 8,33	»	»	» ;	

j) Nelle urine si riscontra, in metà de' casi, il pigmento incompeto della bile ed eccedenza di urofeina; ciò che sta in rapporto alla iperemia epatica abituale de' beoni, resa maggiore dall'ostacolato circolo polmonale. Solo una volta ho notato tracce di bilifulvina. L'albuminuria comparisce in un terzo circa de' casi, ma l'ho vista sempre di lieve entità;

k) Dopo tutto il detto, sorge spontaneo e sicuro il giudizio sulla estrema gravezza di questa varietà di polmonite; ma lo ribadisce e ne fa prova la mortalità, che risulta veramente enorme presso tutti gli Scrittori, fino a giungere al 55 % (Fismer). Presso me, va al 29,17 %, essendosi avuti sette decessi. La morte, qui più che mai, ha luogo per esaurimento delle forze del cuore, le cui carni, alla necroscopia, trovansi in preda a degenerazione grassosa più o meno avanzata.

E qui è uopo ch'io mi fermi alquanto su la *polmonite dell'apice*, che si è descritta a parte e si vorrebbe perciò conservata tra le varietà di forma [1]. Caratteri distintivi di essa, dipendenti unica-

[1] Cfr. Bouillaud, presso Grisolle, op. cit., cap. V, art. I, § 4, e cap. VIII, § 5 e 6; — Trousseau, *Clinique médicale*, t. I, leç. XXXV, pag. 892; — Peter, *Leçons de Clinique médicale*, t. I, leç. XXXI, p. 685 et suiv. (Paris, 1873); — Abate, *La pulmonite all'apice* (Catania, 1875); — Liotta, *La polmonite all'apice* (Palermo, 1876); — Loomis, *New-York medical Record*, feb. 1877; — Saint-Ange, *Thèse de Paris*, 1878; — Guiteras, *Philadelphia medical Times*, mar. 1878; — De Renzi, op. cit., pag. 93 e segg. — Cfr. ancora: Grisolle, op. e loc. cit.; — *Compendio di medicina pratica* cit., vol. VI, pag. 533; — Lépine, *Dictionnaire* cit., art. cit., pag. 450, che discutono in proposito.

mente dalla sede occupata dal processo morboso, sarebbero i seguenti: Maggior frequenza nel colpire i vecchi; gravezza e mortalità notevoli; febbre assai alta; delirio costante, furioso o calmo; fenomeni atasso-adinamici; itterizia; dispnea moderata; tosse generalmente rada, con espettorato scarso o nullo; durata lunga; risoluzione dell'essudato tardiva; facile passaggio allo stato cronico; esito in ascesso più facile che nella polmonite della base o del centro. Ora, a chi ben guarda, questi caratteri si attengono tutti e costantemente alla polmonite de' beoni, sia qualsivoglia la sua sede; e se ritrovansi in quella dell'apice, gli è perchè quest'ultima, ch'è propria degli organismi deboli in generale, si riscontra con frequenza ne' bevitori, tutti dal più al meno infiacchiti o precocemente invecchiati. E che questo sia il vero, mi è dimostrato dal fatto, che la polmonite dell'apice, allorchè si svolge in individuo non bevitore, non solo non presenta questo complesso di fenomeni caratteristici, ma non devia punto dal corso ordinario della polmonite comune della base. Negli Autori, che ammettono questa varietà di forma, io trovo segnati bensì i fenomeni che voglionsi peculiari ad essa, ma non trovo poi fatte le distinzioni necessarie, anzi indispensabili, relative agli organismi in cui il processo morboso preferisce l'apice per sede; però, analizzando i 52 casi di polmonite dell'apice da me osservati, io ottengo piena conferma alla mia opinione sopra espressa, con i seguenti dati di fatto:

In 10, si ebbero tutt'i sintomi speciali della polmonite de' beoni; e individui dediti all'alcoolismo erano appunto i pazienti, e nell'età da' 40 a' 70 anni, e maleandati;

In 9, vaneggiamenti e subdelirio, ed eziandio insonnia in qualcuno; ma questi erano individui giovani (sette femine), isterici o squisitamente nervosi;

In 4, coma o stupore, con prostrazione di forze, più o meno sensibile; e questi erano soggetti giovani bensì, ma anemici, gracili e fiacchi;

In 3, sussulti tendinei e vaniloquj; e questi erano tutti bambini o giovanetti;

In 3, la temperatura media più elevata (per quasi un grado centigrado) di quello che suole trovarsi nella polmonite del lobo inferiore; e questi erano giovani discretamente robusti, però nervosi, eccitabilissimi;

In 2, lieve e passeggiera albuminuria nell'acme della malattia;

Ne' rimanenti 21, in fine, nulla di particolare che richiamasse la mia attenzione. Quanto al corso medio di tutte (escluse, ben intesi, le 10 de' beoni), esso non s'allontanò dalla media ordinaria, nè in rapporto alla cessazione della febbre, nè in rapporto alla risoluzione dello stato anatomico; nè mi fu dato vedere il passaggio a cronicità, nè l'esito in ascesso. Corollario di tutto questo è: Che la polmonite dell'apice, come varietà di forma, non si può sostenere; e però è da riportarla alla forma comune, oppure alla polmonite de' bevitori, quando presenta i sintomi che son proprj di questa, e sonosi a torto ritenuti suoi speciali.

Polmonite degli epilettici. — Che io mi sappia, nessun Clinico ha portato fin qui l'attenzione su le modificazioni di forma, che la polmonite subisce quando viene a svolgersi in un epilettico. È indubitato che queste modificazioni ci sieno, e profonde, e costanti, secondo ho potuto studiarle ne' due casi che vengo a riferire; ma saranno per avventura le sole, e sempre identicamente le stesse? Questo è quanto ci potran dire le ulteriori osservazioni; intanto ecco qui le due storie.

Osservazione XV. — Andrea Lojacono, da Palermo, ha 27 anni ed esercita fin da piccolo il mestiere di pastajo. Individuo piuttosto gracile e magro, di fisonomia intelligente ma con espressione malinconica, divenne epilettico al diciottesimo anno, in sèguito a forte spavento; e d'allora in poi, per quante cure abbia fatte, non ha mai potuto sfuggire agli accessi epilettici, che sopravvengono per lo più senza prodromi, ad intervalli da' 20 a' 30 giorni. Il 22 gennajo 1879, nel pomeriggio, incoglie al solito in uno di essi; poi, spossato, dorme tutta la notte. L'indomani ritorna al lavoro; ma smettendo a sera, per vincere lo stato di fiacchezza generale e di intontimento che solitamente gli lascia ogni accesso, cerca ristoro nel vino, di cui manda giù circa a mezzo litro. Se non che, non abituato agli al-

coolici, cade in un sonno profondo e, così vestito com'era, resta sopra uno strapuntino fin all'alba seguente; con la quale destandosi, sente che brucia di febbre, che ha notevole dispnea, stimolo frequente a tossire, sete e gravezza del capo. Qualche momento dopo riesce ad espurgare, e caccia uno sputo denso, rugginoso, che poi è seguíto da parecchi altri simili nel corso del dì.

A sera, l'infermo si lagna più che altro del fortissimo affanno di respiro, che l'obbliga a star eretto e gl'impedisce ogni movimento e perfino il parlare; dice, che ha pesante il capo, specialmente all'occipite, ed una smania tale all'epigastrio che (com'egli si esprime) l'obbligherebbe a correre, a rotolarsi per terra, a sfogare in un modo qualsiasi, se non glielo vietasse l'ansia, che lo rende incapace a tutto. Nulla ricorda della notte, perchè dormì sempre; ma sa bene che svegliandosi era ardente per febbre, e che non ha avvertito brividi, nè dolori di sorta in nessuna parte del corpo. Nel volto è acceso, con pomelli e labbri paonazzi, jugulari turgide, occhi fortemente injettati. A frequenti colpi di tosse segue la espulsione di masse tenaci di color ruggine, piuttosto piccole. Dall'esame toracico risulta: Escursione più limitata a destra; lieve timpanismo dalla 3ª alla 5ª costa, pur a destra, anteriormente, ed iposonesi posteriormente dalla fossa sottospinosa alla base; e qui anche aumento del fremito toracico. Respiro vescicolare rinforzato, con rantoli crepitanti alla parte anteriore, dalla 3ª costa alla 5ª; respiro bronchiale forte, con intonazione in E, alla parte posteriore, dalla fossa sottospinosa in giù. Niente di notevole nel polmone sinistro, come niente al cuore ed a' visceri addominali. Ventre chiuso; urine scarse e rosse. Temp. 40,2; Puls. 124; Resp. 58.

Il giorno 25, secondo di malattia, continua lo stato medesimo, salvochè la ottusità di suono diviene completa dalla spina della scapola alla base, estendendosi anche all'esterno fra le linee ascellari e pronunziandosi anteriormente, là dov'era nel dì innanzi il suono timpanico; così pure in conformità si estende e cresce in altezza di suono il respiro bronchiale, che si ode in A.

Nel giorno, non si nota il benchè minimo mutamento in nessun sintoma, nè tampoco nella notte; ma nel mattino del 26, ecco d'un tratto, inaspettatamente, la temperatura venir giù fino al normale e anche sotto, e i polsi farsi tardi ma più validi, mentre d'altra parte la dispnea non si modifica punto, e i fenomeni fisici tutti seguono inalteratamente gli stessi. Il malato non ottiene alleviamento di sorta dal mancar della febbre; e accusando la stessa smania di prima e la stessa gravezza alla nuca, afferma di provare in più un senso di vacuità del capo e di tremore interno per le ossa, ch'ei non sa meglio definire, ma che che lo disturba fino a produrgli nausea ed è identico a quello che suol precedere talora l'accesso epilettico. Nondimeno, a malgrado questo complesso di sintomi abbastanza molesto, si viene senza inconvenienti al fine del quinto giorno, nel quale notansi i rantoli di ritorno alla base del torace destro; ed allora gradatamente si mitiga l'ansia, scomparendo poi affatto, all'alba del 29, con tutti i fenomeni sopranotati, in sèguito a profusa

diaforesi. La risoluzione procede regolarmente ed è compiuta sei giorni appresso.

L'andamento della temperatura, in rapporto a' polsi ed al respiro, è di singolare interesse e lo presento nella *Tavola XV*. Le urine, dal 1° al 5° giorno, addimostrarono tenue quantità di albume e sovrabbondanti urati e fosfati; dal 6° giorno in poi non furono più albuminose, ma continuarono a dare eccedenza dei due sali, quantunque fosse aumentata fino al doppio la secrezione.

Osservazione XVI.—Marianna D'Alessandro, sarta palermitana, ne' suoi 15 anni non ricorda aver avuto mai una settimana senza un attacco d'epilessia, morbo che eredita dalla madre; anzi da sei mesi, dacchè le si stabilirono i mestrui, ella è colpita dal male quasi tutt'i dì. La mattina del 3 marzo 1881, dopo un accesso durato circa mezz'ora, la Marianna si adagia sul letto, secondo il solito, per riparare alla spossatezza delle membra ed alla confusione del capo; se non che, trascorse due ore, non si sente al caso di alzarsi, per cagione di un grave affanno che improvvisamente l'è sopravvenuto, e che si accompagna a tosse secca e stizzosa, a secchezza della bocca e ad insopportabile cefalea occipitale. Intanto, la pelle scotta; gli occhi appaiono di bragia, le gote di un rosso bruno spiccatissimo.

Qualche ora dopo io riscontrava temperatura a 40° C., polsi vibrati e frequenti (120 al minuto), respiro superficiale e affannoso (44), tosse insistente, seguíta da sputi piccoli, color zafferano. L'esame fisico del torace dimostrava soltanto una lieve diminuzione della risonanza e rantoli crepitanti al lobo inferiore del polmone sinistro; ma l'indomani, evidentissimi apparvero e nel pieno sviluppo tutt'i sintomi della polmonite della base, eccettuato il dolor laterale che non venne mai.

Anche in questo caso, come nel precedente, fu costante dal principio alla fine la cefalea occipitale e, dal secondo giorno in poi, il senso di tremore accusato dentro le ossa, e la smania epigastrica, che atterriva la inferma, essendo in tutto simile a quella che in lei costituiva l'aura epilettica; però (è bene si noti) nessun accesso del male si verificò durante il corso della polmonite, nè per tutta la convalescenza. Inoltre, anche qui la temperatura mi die' la sorpresa di venir giù d'un colpo e diffinitivamente al fine del terzo giorno, mentrechè il processo polmonitico seguì senza niuna modificazione di sintomi il suo corso ciclico, che compivasi poi alla nona giornata. Col mancare della febbre, le pulsazioni perdettero alquanto di frequenza, guadagnando in forza; ma la dispnea rimase inalterata fino al momento della risoluzione, che si iniziò con numerosi rantoli di ritorno, copioso sudore ed aumento delle urine. In queste non comparve mai albume, ma rinvenni sempre eccedenti gli urati ed i fosfati, fin per tutto il periodo della convalescenza.

Nella *Tavola XVI* do segnate le curve della febbre.

Due soli casi clinici, lo vedo bene, non autorizzano a conclu-

sioni assolute su le modificazioni sintomatiche di una varietà di polmonite, che merita certamente altri studj; ma finchè nuovi casi non ci forniscano nuovi fatti, i quali, o confermeranno o modificheranno questi da me osservati, è lecito di ritenere: Che la polmonite degli epilettici può ben considerarsi come una varietà di forma, e va distinta per le seguenti particolarità, dovute senz'alcun dubbio alla influenza del morbo sacro:

a) Invasione senza brivido, nelle ore (da 2 a 24) che tengono dietro all'accesso epilettico; nelle condizioni, cioè, di spossamento maggiore del sistema nervoso e dell'organismo intero;

b) Assenza di dolor puntorio; cefalea occipitale; senso di tremore interno per le ossa; e sopratutto, poi, smania epigastrica molto accentuata ed insoffribile, e simile a quella che talora costituisce l'aura epilettica;

c) Sospensione degli accessi di epilessia durante tutto il periodo di invasione, stato e risoluzione della polmonite; ritorno subito dopo che la guarigione è completa;

d) Temperatura alta ne' primi tre giorni, e più la mattina che la sera, ossia a tipo inverso; poi, caduta repentina fino al subnormale, ove rimane sino al completo svolgimento del processo polmonitico, il quale non viene per nulla disturbato, ma compiesi regolarmente;

e) Dispnea notevole fin dalla invasione e non modificantesi punto col modificarsi della temperatura al terzo dì, ma solo con la risoluzione, avvenuta la quale, si dilegua affatto; mentre, per l'opposto, i polsi seguono esattamente l'andamento della piressia, crescendo e diminuendo in frequenza, perdendo ed acquistando in forza;

f) Risoluzione, che si inizia con diaforesi abbondante e con aumento della diuresi;

g) Eccedenza costante, nelle urine, di urati e di fosfati, dall'inizio a tutto il periodo della convalescenza. Quanto alla durata ed a tutti gli altri fenomeni fisici, nulla che si allontani da una polmonite comune.

Polmonite massiccia.— Fu primo il Grancher, al 1877, che segnalò e determinò esattamente questa varietà di polmonite, descrivendone i sintomi e dimostrandola con la necroscopia [1]; poscia, l'han confermata e stabilita le osservazioni di Beurmann e Brissaud, di Leroux, di Petit, di Anglade e di Petrone [2]. Caratteri peculiari della polmonite massiccia sono: Ottusità completa della parte di torace corrispondente al lobo od ai lobi infiltrati, con abolizione del fremito vocale, assenza d'ogni rumore respiratorio normale o patologico, di rantoli e di soffregamento pleurico; grande affanno di respiro, tosse frequente, seguíta da scarsi escreati rugginosi. Il modo di invasione, il dolore toracico, l'andamento della temperatura, sono conformi a quelli d'una polmonite comune; ma il decorso è più lungo, e la morte è la fine ordinaria. Alla necroscopia si rinvengono chiari i caratteri della polmonite fibrinosa, se non che l'essudato riempie anche e completamente tutt'i bronchi, fino a' più grossi, senza che la mucosa bronchiale sia per nulla alterata; del pari, affatto sana è la pleura corrispondente.

Io ho veduto un caso di polmonite massiccia, al 1878; ma, intendiamoci, questa diagnosi non feci allora, che non avea conoscenza dello scritto del Grancher; e però, oggi che la faccio, riproduco senza mutarvi sillaba, a maggiore ammaestramento, la nota clinica ch'io scrissi contemporanea alla osservazione de' fatti, dolente solo che manchi il reperto necroscopico.

Osservazione XVII.—Vito Marino, proprietario diciottenne da Partinico. Scheletro abbastanza sviluppato, muscoli alquanto denutriti, pannicolo adiposo scarso. Ammala, senza cagione apprezzabile, nella sera del 14 luglio, con brivido intenso della durata di mezz'ora, al quale tien dietro febbre alta, dispnea, tosse secca, e poc'oltre dolore diffuso all'arcata costale sinistra. Nella notte comparisce lo sputo

[1] J. Grancher, *De la pneumonie massive*, nella *Gazette médicale de Paris*, a. 1877, num. 48, e 1878, num. 1, 4 e 8.

[2] Cfr. *Revue des sciences médicales* cit., a. X, (1882), t. XX, pag. 525 e seg.;— *Lo Sperimentale* di Firenze, a. XXXVI, (1882), t. L, pag. 449 e seg. e pag. 579.

croceo. Dal 15 al 23 lo tiene in cura l'egregio collega Dr. Francesco Rizzuto, che non ha esitato a far diagnosi di polmonite lobare sinistra.

Il 23, chiamato a consulto, trovo: Labbra cianotiche; jugulari turgide; respiro molto affannoso (58 al minuto) ed obliquo, rimanendo quasi affatto immobile la metà sinistra del torace; ottusità completa in questa, dall'apice alla base; abolito il fremito toracico, e silenzio respiratorio assoluto su tutta l'altezza; urto della punta del cuore alla papilla mammaria; toni cardiaci netti, con accentuazione del 2° sul focolajo della polmonale; tosse stizzosa, ma rari gli escreati, piccoli, assai tenaci e di colore rosso mattone; temperatura abbastanza elevata (39°,8 C.); polsi tenui e frequenti (120); impossibilità a decombere sul fianco destro. Nel polmone destro, niente di anormale. Mi accordo col Collega per la polmonite, ma aggiungo non poter escludere, in base agli evidenti fatti fisici trovati, la contemporanea pleurite ad essudato liquido, sì copioso ormai da riempire tutta la cavità. (La mancanza di spostamento, anche minimo, del cuore verso destra, si spiega con supposte aderenze precesse).— Il 27 luglio nuovo congresso, al quale intervengono anche i Dottori Luigi Brancaleone e Salvatore Lo Grasso. Identici fatti, identico giudizio diagnostico; e però, a malgrado la persistente alta febbre (40°,1 C.), in vista del grave ostacolo alla circolazione e della dispnea notevolissima (72 respirazioni), che obbligano l'infermo a continua posizione eretta ed a veglia forzata, si decide di passare alla evacuazione del liquido. Ma, con sorpresa di tutti, a tre successive punture col trequarti (al 9°, all'8° ed al 7° spazio intercostale), non solo non si ottiene neppur una goccia di liquido, ma si può chiaramente sentire che lo strumento, anche spinto a sufficiente profondità, attraversa un tessuto abbastanza resistente e uniforme; e quindi si conchiude trattarsi di un essudato pleurico affatto solido, a rimuovere il quale siamo impotenti.

Il Marino pena ancora sei dì, espettorando pur sempre qualche raro sputo rugginoso, e finisce nella notte dal 2 al 3 agosto, al 19° giorno di malattia. La febbre non lo lasciò mai; le remissioni mattutine oscillarono fra 0°,5 e 0°,8 C.

Polmonite centrale. — Sin da quando Laënnec, segnò nettamente i sintomi fisici co' quali puossi riconoscere fin dall'inizio questa varietà di polmonite, che rimane al centro del lobo, o si appressa appena alla superficie ma solo a periodo inoltrato, anzi a crisi imminente [1]; tutt'i Clinici hanno avuto agio di osservarne de' casi, e di apprezzare il valore de' segni ritrovati dall'illustre

[1] Laënnec, *Traité de l'auscultation médiate*, deuxième partie, section première, chap. VI, art. II, pag. 140 (Bruxelles, 1837; quatrième édition).

Clinico francese; ma nondimeno, alcuna volta si sono imbattuti in difficoltà tali, che il giudizio diagnostico è rimasto in sospeso e quasi impossibile: così, ad esempio, quando, oltre a' sintomi fisici poco manifesti od incerti, si ha la mancanza della tosse e dello sputo patognomonico [1]. A rimuovere queste difficoltà e dubbiezze e render possibile la diagnosi fin da' primi giorni, ho voluto seguire attentissimamente, per tutto il decorso, i quaranta casi di polmonite centrale da me visti, studiandone l'andamento in genere non solo, ma in particolare le modificazioni della risonanza toracica e del rumore respiratorio, ed eziandio quelle del calore febbrile, del polso, del respiro, ec.; e parmi di aver in mano già tanto, che si può con sicurezza formulare un giudizio, anche quando la essudazione rimane affatto latente.

Rilevo, anzitutto, che non ogni anno abbiamo opportunità di riscontrare la polmonite del centro; ma accade, e non è forse avvenimento fortuito, che mentre in alcuni anni non se ne verifica nessun caso, in altri essa è, dirò così, la forma dominante; e questo ci apparisce chiaro, sol che riguardiamo al seguente specchietto, relativo alle 180 polmoniti da me osservate nel decennio:

Anni	1873	1874	1875	1876	1877	1878	1879	1880	1881	1882
Polmonite comune	9.	11.	15.	10.	12.	29.	7.	9.	15.	23.
Polmonite centrale	1.	—	—	—	16.	1.	9.	9.	1.	3.

[1] Cfr. *Compendio di Medicina pratica* cit., vol. VI, pag. 533; — Trousseau, op. cit., t. I, lez. XXXVI, pag. 885; — Oppolzer, op. cit. pag. 159; — Jaccoud, op. cit., t. I, l. IV, cap. VI, p. 1041; — Jürgensen, op. cit., pag. 136 e seg.; — Bernheim, op. cit., pag. 21 e 41; — Lépine, op. cit., p. 451; — Cantani, presso De Renzi, op. cit., pag. 171; — Dieulafoy, *Manuel de pathologie interne*, t. I, première classe, chap. IV, § 3, pag 88-89 (Paris, 1882).

Analizzando le quaranta storie cliniche di polmonite centrale, il quadro sintomatologico ch'io ne ritraggo è identico, ed è questo:

Invasione improvvisa, con brivido unico, intenso, accompagnato raramente da tosse o da dispnea notevole; seguíto bentosto da febbre alta e viva accensione del volto; nessun segno obbiettivo. Qualche ora appresso (da 4 a 10), si ottiene suono rimbombante al torace, in corrispondenza della 3^a o 4^a costola anteriormente, della fossa sotto-spinosa posteriormente, nel lato ove la polmonite si svolge; ed in queste località si trova il respiro esagerato o infantile, attraverso il quale può udirsi qualche rantolo crepitante nella profondità. In *tutte* le altre parti del polmone, ora come ne' dì seguenti, nessuna deviazione dal fisiologico ne' fatti fisici.

Intanto, sia o no comparso nel frattempo lo sputo caratteristico, questa condizione fisica del torace non si modifica che su la fine del secondo giorno o sul principio del terzo, col dar luogo, cioè, ne' cennati punti, a leggero ma netto timpanismo, con diminuzione contemporanea della profondità del suono; e ascoltando, in tale stadio, riscontrasi tuttavia il *respiro vescicolare, rinforzato e superficiale, ma insieme ad esso si percepisce un' eco lontana di respiro bronchiale.* Non c'è aumento del fremito toracico, nè broncofonia. — Più tardi ancora, dal 4^o al 5^o giorno, viene la ipofonesi a sostituire il suono alto, ma persiste un po' dei timpanismo, e *persiste il mormorio vescicolare superficiale, però alquanto indebolito, mentre il simultaneo respiro bronchiale lontano si è reso più manifesto.* Questa coesistenza della respirazione vescicolare e bronchiale, date le modificazioni della risonanza dianzi dette ed esclusa la compressione polmonare per spandimento pleuritico, caratterizza indubbiamente la polmonite centrale. I fenomeni di consonanza sono, in questo periodo, discretamente apprezzabili, tenue essendo lo strato di polmone sano che si frappone fra la parete toracica e l'essudato polmonitico.

È appunto questo il momento in cui suole manifestarsi, nella

metà de' casi circa, un mediocre dolore toracico, limitato per solito o all'angolo inferiore della scapola, o al 3° o 4° spazio intercostale, secondochè il processo morboso è venuto più vicino alla superficie o dalla parte posteriore o dalla parte anteriore.

Tali condizioni rimangono immutate fino al momento della crisi, la quale viene pertempo (in media al 6° giorno) e però non dà campo che assai raramente al processo polmonitico di svilupparsi ulteriormente ed attingere affatto la parte più periferica del tessuto polmonale.

La febbre ci presenta una caratteristica che non è da trascurare, perchè può molto agevolarci la diagnosi fin dal principio; e questa caratteristica, ch'ho trovato assolutamente uniforme in 21 casi, è quella ch' ho già segnata nella *Tavola V*, come uno dei tipi febbrili della polmonite[1]; e cioè: Elevamento immediato della linea termica ad un *maximum* eccezionalmente alto, che si mantiene, senza quasi remissioni mattutine, fino al quarto giorno; da qui, discesa non interrotta, con remissioni mattinali sempre più notevoli fino allo sfebbramento critico, il quale è rapidissimo. Ne' rimanenti 18 casi non s'è ottenuta una curva febbrile identica quanto alla elevazione; ma l'identità persiste per il fatto, che ne' primi quattro giorni di malattia la media della temperatura è sempre più alta che ne' giorni posteriori, ne' quali evidentemente e costantemente discende, non mantenendosi in quel periodo di stato che abbiam visto nel tipo febbrile comune (vedi la *Tavola IV*).

Relativamente alle funzioni respiratoria e circolatoria, debbo notare che il disturbo non è mai significante nè nell'una nè nell'altra, a malgrado la eccessiva temperatura de' primi giorni; e questo può benissimo trovar sua ragione nel processo morboso stesso, il quale occupa sempre una discreta estensione di un lobo soltanto. Per ciò stesso, la guarigione è il fatto ordinario; e s'io conto due morti sopra 40, è da mettere in conto i due esiti letali

[1] Vedi il § 6, a pag. 76.

non alla forma di polmonite che stiamo trattando, ma alle complicazioni gravissime di que' due casi; e cioè: alcoolismo cronico ed ateromasia diffusa in uno, dove trattavasi di un vecchio a 70 anni; la forma adinamica contemporaneamente manifestatasi nell'altro, che ho riferito già nella *Osservazione XIII*.

Polmonite migrante.— L' han detta ancora *ambulante*, *erratica*, *serpeggiante*, *risipelacea*, *a focolaj successivi*, riferendosi al carattere migratorio che presenta, e ne distinguono due forme: *a*) Quando nuovi focolaj polmonitici si accendono, o nello stesso o nell'altro polmone, mentre il primo focolajo comincia ad entrare in risoluzione; — *b*) Quando i nuovi focolaj si sviluppano dopo un periodo variabile di apiressia e di scomparsa del primitivo processo morboso [1]. A me pare che questa seconda forma non debba confondersi con la prima, a cui propriamente può applicarsi l'epiteto di *migrante*, e si debba invece con più giustezza riportare, col Grisolle e col Monneret, alle *ricadute* o *recidive;* come parmi eziandio, che non sieno da accomunare le polmoniti *doppie* con le *migranti*, se queste ultime collochiamo appunto in classe distinta per le differenze di decorso dalla polmonite comune, semplice o doppia che sia. Le quali differenze, tenendo presenti i casi pubblicati dagli altri ed i cinque che n' ho io, giova riassumere qui.

[1] Cfr. Valdenburg, nel *Berliner klinische Wochenschrift*, a. 1870, n. 41;— Weigand, *Berliner* ec., loc. ed a. cit., e a. 1872, n. 1; — Kunze, *Handbuch der praktischen Medicin*, vol. II, parte 1ª, pag. 150 (Leipzig, 1870);—Fischl, nel *Prager Vierteljahrschrift*, a. 1872, vol. 114, pag. 112; — De Rossi, ne *L'Osservatore, gazzetta delle Cliniche* di Torino, a. 1876, n. 8; — Kelemenn, nel *Pester med. chir. Presse*, a. 1876, n. 45; — Friedreich, *Il tumore acuto di milza e i suoi rapporti colle malattie acute d' infezione* (n. 77 della « Raccolta di Conferenze cliniche » del Volkmann, trad. di C. Emery; Napoli, 1878, pag. 744-748); — Hamburger, *Untersuchungen über croupöse Pneumonie* (Strasburg, 1879); — Lépine, *Dict.* cit., t. cit., pag 440; — Roncati, op. cit., pag. 141 e 710; — De Renzi, op. cit., pag. 90 e segg.— E già prima de' Tedeschi, a cui se ne dà il merito, aveva osservata e descritta questa varietà di polmonite il Trousseau, *Clinique médicale*, t. I, leç. XXXVI, pag. 884.

a) La durata non ha ciclo ben definito, ma è lunga sempre, e può andare a' venti giorni e più. La media da me ottenuta è di 14 giorni, precisamente il doppio di quella che dà la polmonite comune.

b) La prima invasione si fa con brivido intenso e lungo; le successive sono contrassegnate da lievi brividi, o da semplici orripilazioni, che accompagnano un aggravamento improvviso di tutt' i sintomi.

c) La temperatura si mantiene alta abbastanza, serbando l'andamento del tipo comune, ch'io ho segnato già nella *Tavola IV*; ma non appena giunge al punto in cui accenna alla defervescenza critica, ecco che risale di botto a ripigliare l'andamento di prima, e ciò in coincidenza al nuovo focolajo polmonitico che si svolge ed al quale si attiene. Identicamente veggiamo ripetersi questo procedere della curva febbrile se un terzo focolajo subentra al secondo, che anch' esso, come già il primo, si avvia alla risoluzione. Un esempio splendidissimo ne presento nella *Tavola XVII*, che si riferisce alla storia clinica che riporto qui appresso. — La defervescenza, poi, quando si ha l'esito di guarigione, viene per gradi; rarissimamente d'un colpo e con sudore o altro fenomeno critico.

d) Il grado di compattezza dell'essudato, secondo le evidenti dimostrazioni forniteci da' fatti fisici e confermateci dalle necroscopie, va in linea discendente dal primo all'ultimo focolajo; così pure la risoluzione è più rapida al primo, più stentata nel secondo, più ancora nel terzo. L'ultimo focolajo ha decisa tendenza alla suppurazione.

e) Nella metà de' casi riscontrasi tumore di milza, grande sì da potersi ben sentire col palpamento sotto l'arcata costale. Esso risolve poi col risolversi della malattia.

f) Non rare volte s'accompagna discreta itterizia; con più frequenza c'è albuminuria. Io ho riscontrato due volte quella, tre volte questa.

g) Come facilmente s'intende, la gravezza è estrema; la mortalità raggiunge il 40 %, e anche più.

Ed ora ecco una delle mie storie cliniche, come singolarmente caratteristica e dimostrativa.

Osservazione XVIII. — Nel 21 gennajo 1882 visito il palermitano Giovanni Lipari d'anni 44, uomo di robusta costituzione e ben nutrito, che in tant'anni ch'esercita il mestiere di fruttivendolo ambulante non ha fatto altre malattie, che una polmonite fibrinosa del lobo inferiore sinistro, per la quale ricoverò nella Clinica Medica dal 27 febbrajo al 12 marzo 1872.

La mattina del 20, uscito secondo il solito con la sua merce, sentivasi così bene, che fece abbondante colezione in un'osteria prima dell'ora consueta. Due ore dopo, circa le 10 a. m., è colto d'un tratto da brivido intensissimo, che prolungasi oltre l'ora e lo costringe a tornare a casa e mettersi in letto. Ivi, tra poco, rigetta con vomito la colezione e, cessato il freddo, prova ardente febbre, cefalea, sete, ed indi grave dispnea con qualche colpo di tosse secca. Questo stato non cambia fino al domattina, quando, fattasi più frequente la tosse, compariscono alcuni sputi rugginosi e un dolore trafittivo, gradatamente aumentante, al disotto della mammella destra.

L'esame del malato mi dà: Faccia rossa, con pomelli e labbri paonazzi; jugulari appena turgide; lieve oscillazione a' lati del collo, sincrona a' battiti cardiaci. Polsi frequenti (104), un po' tesi, ritmici; respiro superficiale, moderatamente dispnoico (36 al minuto). Nella parte anteriore del torace il suono è fisiologico ed uguale, il respiro vescicolare; così pure nella parte posteriore, eccettuata però la base destra, dove trovo ottusità completa con aumento del fremito tattile, broncofonia, respiro bronchiale forte, accentuato in A. La tosse, piuttosto rara, non dà luogo sempre ad espurgo; il quale risulta di piccoli globetti tenaci, color ruggine. Il dolore puntorio, ch'è limitato al 6° spazio intercostale tra le due linee ascellare anteriore ed emiclavicolare, si esacerba alla pressione e sotto i colpi di tosse o con le inspirazioni profonde; ma non è molto forte. Nulla di notevole al cuore, nè ai visceri addominali, salvo un leggero ingrandimento dell'area della milza. Ventre normalmente aperto.

Dal 21 al 25 nessun cambiamento ne' fatti fisici sunnotati; la malattia procede regolarissimamente, e già la sera di quest'ultimo giorno si nota un gruppo di rantoli espiratorj alla base destra, che preannunziano la imminente risoluzione dell'essudato e fanno sperare lo sfebbramento critico. Se non che, presso alla mezza notte insorge nuovo freddo, cui segue, in capo a mezz'ora, aumento sensibile dell'affanno e della tosse, e con questa rinnovasi pure, ed al sito istesso, il dolore puntorio, ch'era scomparso già sin dalla sera del 23. La febbre cresce in conformità, e con essa la sete e la cefalea.

Nel mattino del 26 io poteva già constatare, nella fossa sottospinosa destra,

suono timpanico breve, con leggero aumento del fremito toracico, e rantoli crepitanti distintissimi; nel contempo erano sensibilmente cresciuti i rantoli alla base, umidi a medie bolle, mentre il respiro bronchiale perdeva in intensità. Il domani, tutta la fossa sottospinosa dà mutezza di suono completa, netti i fenomeni consonanti, nettissimo il respiro tubario ed abbastanza forte; ed intanto alla base, pur continuando piuttosto numerosi i rantoli, questo respiro patologico è sminuito sì, che appena è udibile; la risonanza polmonale, invece, si va ripristinando. Fin dal dì innanzi, insieme alla febbre trovo cresciuta la cefalea, che verso sera si fa insoffribile; nella notte, poi, insonnia, e di tratto in tratto vaniloquj. I polsi più frequenti e meno validi. Maggiore la copia degli sputi, di cui una parte giallastri, l'altra d'un croceo distinto; e questi ultimi, meno tenaci e meno omogenei di quelli che si videro ne' primi giorni della malattia.

Dopo quattro dì (31 gennajo), la base del torace destro è già risonante affatto, nè vi si riscontra più soffio tubario o rantolo; alla regione mediana nessun mutamento degno di nota; quand'ecco verso sera presentarsi il suono timpanico alle regioni sopraspinosa e sottoclavicolare dell'istesso lato, contemporaneamente a passeggeri brividi e ad aumento sensibile del calore, de' vaneggiamenti, dell'abbattimento generale. Breve: tutto l'apice è invaso dal processo morboso il 1° febbrajo, e presenta al completo i fenomeni della consonanza; però il respiro bronchiale è poco intenso in questa parte, con intonazione in O.

La risoluzione si iniziò dalla fossa sottospinosa, nel giorno 3 febbrajo, 15° di malattia e 9° dalla invasione polmonitica al lobo medio; andò lentissimamente procedendo verso l'apice, e non fu completo in ambedue i lobi che assai tardi, il giorno 12. Lo sfebbramento, come è dimostrato dalle annesse curve febbrili della *Tavola XVII*, venne per gradi, su la fine del giorno 5, diciassettesimo di malattia.

Nel periodo di epatizzazione dell'apice l'infermo stette malissimo; ebbe insonnia, delirio calmo, prostrazione grande delle forze, polsi intermittenti, lieve tinta subitterica alle congiuntive, segni di edema al polmone sinistro. Le urine presentarono, dal giorno 10° di malattia fino alla crisi, una piccola quantità d'albume ed il pigmento incompleto della bile. Il ventre si mantenne corretto dal principio alla fine.

Polmonite abortiva. — A questa varietà, di cui sonosi occupati Wunderlich, Woillez, Lebert, Leube, Bernheim, Lépine, Baruch, Glaser, Thompson, De Renzi, bisogna eziandio riportare i casi di *polmonite efimera* che han descritti Leube, Weil e Bernhardt, poichè non troviamo ragione di considerarli come essenzialmente diversi e meritevoli di classe

propria [1]. I tre esempj, ch'io n'ho veduti, tuttietrè accolti nella Clinica Medica, giova di far conoscere in riassunto.

Osservazione XIX.—Antonio Basile, robusto operajo palermitano, ammala nella sera del 5 gennajo 1878, con brivido forte di un'ora, cui segue febbre a 39°,2 C., affanno di respiro, tosse secca. Dodici ore dopo compariscono gli sputi caratteristici e si constata una polmonite doppia (lobo inferiore sinistro, lobo medio destro), con i fenomeni di consonanza nettissimi. Manca affatto il dolore puntorio. Il termometro, gradatamente elevandosi, attinge il *maximum* di 39°,8 C. su la fine del secondo giorno, quando sopraggiunge, d'un tratto, un abbondante sudore che lo fa scendere, dopo un'ora appena, fino a 36°,5 C. Scompariscono gli sputi rugginosi, ed in tuttiedue i focolai polmonitici si inizia la risoluzione, che rapidamente e senza incidenti procedendo, è compiuta l'11 gennajo, quattro giorni dopo la crisi. I polsi si mantennero regolari per forza e per ritmo, oscillando fra 100 e 110; il respiro sempre fra 36 e 40. Funzioni del ventre corrette; urine fisiologiche.

Osservazione XX. — Il tarchiato contadino Vincenzo Sbergia, da Palermo, di anni 47, soffriva da quattro giorni un lieve catarro bronchiale, allorchè, nelle ore pomer. del 16 febbrajo 1878, è sorpreso da freddo che gli fa battere i denti per circa due ore; contemporaneamente si manifestano intenso dolore puntorio al costato sinistro, dispnea, aumento della tosse, e sputi patognomonici. Sei ore dopo è ben distinta la ottusità alla base del torace sinistro, con aumento del fremito pettorale, broncofonia, respiro tubario forte in E. La temperatura, che subito dopo il freddo è di 39° C., dopo 24 ore è arrivata a 40°,3 C., ed a quest'altezza rimane per tutto il secondo giorno, con la sola differenza di 2 decimi di grado in meno la mattina. Nessun mutamento subiscono i sintomi fisici nè il dolore puntorio. Dopo 50 ore dal brivido, si ha sudore discreto, ed il calore scende in 4 ore a 37° C., nel mentre cessa il dolore e la dispnea. La risoluzione va regolare e si compie al 4° giorno, con la scomparsa de' rantoli e de' fenomeni di consonanza ed il ripristinarsi del suono polmonare.

Trascorrono così due altri giorni, e l'infermo domanda già di alzarsi; quand'ecco nuovo brivido, intenso e lungo quanto il primo, e con esso la riproduzione esatta di tutto il quadro sintomatologico della prima volta, salvochè lo sputo rugginoso comparisce dopo cinque ore dal freddo ed è alquanto più scorrevole e di

[1] Cfr. *Revue des sciences médicales* cit., t. X, 1877, pag. 544 e 810; t. XVI, 1880, pag. 532 e 787; t. XX, 1882, pag. 526;—*Gazzetta clinica* di Palermo, a. XI, 1879, pag. 109;—Lépine, *Diction.* cit., pag. 437;—De Renzi, op. cit., pag. 88.

colorito roseo. Del resto, nulla che mettesse in repentaglio la vita dell'infermo, nè relativamente al circolo, nè relativamente al respiro. I polsi, discretamente forti, diedero da 100 a 112 pulsazioni; il respiro si compieva da 38 a 40 volte. Il *maximum* cui pervenne il termometro fu 40° C., il *minimum* 39°,3 C. Lo sfebbramento critico ebbe luogo dopo 62 ore dalla invasione, rapido (in 3 ore), con diaforesi moderatamente copiosa e sensazione d'euforia più completa che la prima volta. La guarigione era assicurata dopo altri sei giorni. Le urine furono perfettamente normali, sì la prima che la seconda volta.

Osservazione XXI. — Giuseppe Zito, venditore ambulante di 29 anni, da Palermo; magro, ma di fibra forte.

L'8 maggio 1880 è colto da un acquazzone, che lo immolla per bene; il 9, si leva con malessere e lieve cefalea; a mezzodì ha brividi di freddo che, gradatamente facendosi più forti, durano due ore, dando poi luogo ad alta febbre con dispnea e qualche raro colpo di tosse secca. Quattr'ore appresso, dolore intensissimo al disotto della mammella sinistra ed alla scapola corrispondente.

Entra in Clinica la mattina del 10, quando, cioè, s'è aggiunto lo sputo patognomonico; ed allora si constata, con tutt'i sintomi caratteristici, la polmonite lobare della base sinistra. L'andamento della malattia è regolarissimo; temperatura non eccessiva (38°,9 — 39°,7 C.), polsi buoni per forza e frequenza (88-100), dispnea moderata (30-34). Nessuna complicazione per parte degli altri organi, sani tutti, salvo un po' di tumefazione che presenta lo splene. Sul finire del terzo giorno di malattia (11 a. m. del 12 maggio), con abbondante sudore si viene allo sfebbramento critico (36°,9 C.), nel corso di due ore. Lo sputo caratteristico si vide ancora per tutto il 4° dì; i fenomeni fisici del torace non scomparvero completamente che il giorno 20, ottavo dallo sfebbramento. Urine affatto fisiologiche, eccetto una lieve eccedenza di urofeina e di uroxantina.

Polmonite senza febbre. — Per quanto la febbre nella polmonite non sia il fatto sovrano, come giustamente osserva lo Jürgensen, tuttavia essa vi rappresenta una parte di capitale importanza e non suole mancar quasi mai; sì che, la polmonite senza febbre è oltremodo rara e si riscontra in condizioni specialissime dell'organismo, quando, cioè, questo è in preda a cachessia profonda e incapace a reagire allo stimolo patologico. L'età avanzata è un elemento che dà un concorso efficace alla cachessia (dipenda poi questa da alcoolismo, da pazzia antica, da nefrite cronica ec.); anzi la costituisce talora da sola, come nel caso recentemente

messo alle stampe dal D.r Manzotti [1], e come in quest'altro che a me è capitato di studiare nella Clinica Medica di Palermo.

Osservazione XXII. — Il 18 aprile 1877 veniva accolta nella Clinica tal Grazia Orlando da Palermo, massaja a 64 anni, discretamente costituita.

Godeva lodevole salute quando, la sera del 15, nell'andare a letto avverte dei leggeri prolungati brividi, e contemporaneamente moderato affanno di respiro e tosse stizzosa, con la quale vengono tosto cacciati sputi rossi e densi. Pochi momenti dopo si aggiunge acuto dolore alla base del torace destro, diffuso, continuo. Nel mattino del 16 tutti questi fatti persistono, ma un po' mitigati; e poichè la Orlando non ha febbre, anzi si sente ed è piuttosto fredda pel corpo, lascia il letto; e non solo accudisce, per riscaldarsi, alle faccende domestiche, ma esce perfino di casa a sbrigarne altre, che la tengono occupata per più di due ore. Verso sera, nell'intento di sbarazzare lo stomaco, che ritiene ingombro giudicandolo dalla bocca cattiva che ha, prende dell'olio di ricino, provocando così parecchie scariche alvine, le quali le portano tale abbattimento di forze, che il domani è costretta a starsene in letto. È per questo abbattimento, e non per gli altri fenomeni (dolore, dispnea, tosse, sputo rugginoso), ch'ella si presenta ad implorare il soccorso della Clinica.

Quando entrò, era cianotica, fredda nelle estremità, con polsi filiformi e facili deliquj. Rianimata alquanto con vino Marsala, brodo ottimo ed una pozione eccitante, si fu al caso di praticare poc'oltre l'esame del torace, che diè il risultato seguente: Ottusità completa alla base destra, con fremito pettorale esagerato, broncofonia, respiro bronchiale forte, in E: nessun rantolo. Nulla di abnorme nelle altre parti del petto. Cuore sano, con toni però deboli: moderatissima ateromasia delle arterie periferiche. Fisiologici i visceri addominali. Sputi di color ruggine, scarsi, appiccaticci, emessi senza grande stento.

A grado a grado, con la migliorata igiene, col riposo e il buon brodo e il Marsala, i polsi si svilupparono di più, il calore si distribuì ugualmente per tutto il corpo, le condizioni generali si fecero sensibilmente più buone; e così si venne fino al sesto giorno, senza che cambiamenti avvenissero ne' fatti fisici del polmone; ma su la sera di questo dì, ecco iniziarsi de' rantoli di ritorno nella parte epatizzata, rantoli che il domani divengono abbastanza numerosi, nel tempo stesso che la tosse si fa più insistente, dando luogo a sputi giallastri, i polsi scemano in numero, l'affanno di respiro si dilegua. A indicare che questo è veramente il momento della crisi, non manca neppure la sensazione di benessere, venuta d'un

[1] Luigi Manzotti, *Un caso di polmonite fibrinosa senza febbre;* nel *Bullettino delle Scienze Mediche di Bologna*, a. 1882, pag. 147.

tratto nella inferma, nè l'abbassamento della temperatura. Questa, come apparisce dalla *Tavola XVIII*, stette sempre ne' limiti fisiologici; ma, in coincidenza del manifestarsi de' rantoli, discese per un grado e sei decimi, e rimase poi al disotto di 37° C. fino a che non venne la risoluzione completa dell'essudato. La quale, procedendo regolarmente, con la graduale scomparsa del respiro tubario, dell'ottusità e de' rantoli, si ebbe al 15° giorno dalla invasione.

§ 9. L'*esito*, a cui vennero le 180 polmoniti, si riassume così:

Guarigione completa.	num.	160;
Passaggio allo stato cronico . .	»	1;
Morte	»	19.

Tra' casi venuti a guarigione bisogna distinguere quelli, in cui la risoluzione dello stato anatomico si fece relativamente rapida, da quegli altri in cui fu stentata e tardiva. Questi ultimi sono, in genere, i casi con complicazioni morbose o con deviazioni dal tipo ordinario; mentre i primi sono i casi franchi e genuini, nei quali ho potuto osservare, che il periodo di tempo necessario perchè l'essudato polmonitico venga a completa risoluzione, sta press'a poco ne' limiti stessi della durata del periodo febbrile.

Due volte ho visto la polmonite terminar per *ascesso*. La prima, in persona di tal Giuseppe Basile, facchino di 28 anni, robusto, ma figlio a genitori morti per tisi, il quale stette nella Clinica Medica dal novembre 1874 al giugno 1875, e dopo d'essere stato per tre volte in fin di vita, guarì finalmente. La polmonite avea sede al lobo inferiore destro; la marcia si fece strada al di fuori dopo 22 giorni dal brivido iniziale. Notevolissimi nel Basile, che non era un beone, i delirj furiosi, che accompagnarono costanti l'altissima temperatura (40°,8—41°,1 C.) di tutto il periodo suppurativo. — La seconda volta si trattò di una polmonite sinistra, anche del lobo inferiore [1], in una massaja di 50 anni, gracile, ma-

[1] L'esito in ascesso è più comune nelle polmoniti dell'apice. Cfr. in proposito: Graves, *Lezioni cliniche di medicina pratica*, vol. II, lez. XLI, pag. 48 e segg. della traduzione del Dr. Cioni (Prato, 1864); — Trousseau, *Clinique médicale* cit., t. I, leç. XXXV, pag. 856 e segg.; — Jürgensen, op. e loc. cit., pag. 129; — Lépine, *Dictionnaire* cit., pag. 468 e segg. ec. ec.

landata, tal Ignazia Trapani, che ricoverò nella Clinica Medica il 27 marzo 1877, su la fine del 7° giorno di malattia. L'ascesso si aperse ne' bronchi al 18° giorno; undici giorni dopo, avveniva la morte; e la necroscopia, confermando la diagnosi, dimostrava due cavità ascessuali, della grandezza circa di una mela, separate da piccolo strato di tessuto polmonale con epatizzazione grigia, non passato ancora alla fusione.

La *mortalità*, dalle cifre su riferite, ci risulta del 10,55 %; ma questa proporzione, che pur non è sconfortante, nasce da' casi di morte presi in complesso; e però viene sensibilmente modificata in meglio se prendiamo in conto, come si deve, le influenze aggravanti e non trascurabili che su l'esito della polmonite esercitano l'età, il sesso, le complicazioni morbose, la estensione del processo, la costituzione medica annuale o genio epidemico. Se, difatti, analizzo i diciannove casi ad esito letale, trovo:

Età: Da' 51 a' 71 anni, ho 9 morti su 32 infermi, ossia il 28,12 %;—da' 31 a' 50 anni, 7 morti su 76 infermi, ossia il 9,21 %;—da' 16 a' 30 anni, 2 morti su 56 infermi, cioè il 3,57 %;—da' 6 a' 10 anni, un morto su due infermi, che equivale al 50 %.

Sesso: Nove donne fanno riscontro a dieci uomini; il che, tenuto conto del numero degl'infermi dell'uno e dell'altro sesso (55 donne: 125 uomini), mi porta alla proporzione, che la mortalità nel sesso maschile è dell'8 %, mentre è del 16,36 % nel sesso femminile.

Complicazioni morbose: In 5 casi, alcoolismo ed ateromasia diffusa; in 3, alcoolismo, epatite interstiziale ed itterizia; in 3, vizio valvolare del cuore; in 2, nefrite cronica diffusa; in 2, cachessia malarica; in 1, gravidanza al 7° mese e pleurite essudativa; in 1, puerperio e profonda anemia per imponenti emorragie uterine; in 1, scrofolosi con manifestazioni assai gravi; in 1, scrofolosi e pleurite essudativa.

Estensione del processo: In 5 casi la polmonite fu doppia; in 2, invase tuttietrè i lobi di destra, in 1 tuttiedue quelli di sinistra; in 2 prese la forma migrante; in 1, la forma massiccia.

Genio epidemico: Risulta ad evidenza dalle cifre comparative della mortalità nel decennio, che sono le seguenti:

Nel	1873,	si hanno	2	morti su	10	infermi,	ossia	20,— %;
»	1874,	» »	1	» »	11	»	»	9,99 %;
»	1875,	» »	1	» »	15	»	»	6,66 %;
»	1876,	» »	3	» »	10	»	»	30,— %;
»	1877,	» »	1	» »	28	»	»	3,21 %;
»	1878,	» »	5	» »	30	»	»	16,66 %;
»	1879,	» »	1	» »	16	»	»	6,25 %;
»	1880,	» »	4	» »	18	»	»	22,22 %;
»	1881,	» »	—	» »	16	»	»	— — —
»	1882,	» »	1	» »	26	»	»	3,84 %.

Ad illustrazione di queste cifre, soggiungo l'importantissimo fatto, che negli anni 1873, 1876 e 1878 si ebbe in Palermo ed in tutta la provincia una estesa epidemia di febbri miliariche, e nel 1880 la contemporanea epidemia di febbri miliariche e di tifo ileo-addominale.

E dopo ciò, come conclusione del presente paragrafo, fo mie le giuste parole dello Jürgensen: « In generale può ben dirsi, che la pneumonite crupale, quando colpisce un organismo precedentemente robusto, non indebolito dall'età, nè da abuso dei godimenti della vita, nè per altre malattie, è tra le affezioni acute quella, che miete il minor numero di vittime. Che se incoglie un corpo non fornito di tutti i suoi poteri di resistenza, allora la mortalità in questa malattia giunge ad un'altezza molto considerevole [1] ».

§ 10. Qui pervenuti, non possiamo non sostare un momento innanzi alla questione, non nuova nè recente, ma che oggi più che mai mette a rumore i Clinici e gli Anatomo-patologi, se, cioè, la polmonite fibrinosa debba considerarsi come una infezione generale con secondaria localizzazione nel polmone, ov-

[1] Jürgensen, op. e loc. cit., a pag. 135.

vero come un processo infiammatorio puramente locale. *Sub judice lis est;* e si praticano sperimenti, e si adducono fatti, da valorosi campioni che strenuamente sostengono, da' due campi, o la teoria parasitaria o la teoria organica; mentre un'altra schiera, di Clinici, apprezzando e ponderando le ragioni degli uni e degli altri e illustrandole col lume della pratica esperienza, viene ad una opinione, diremo così, mista, ed ammette due forme di polmonite, la infettiva e la reumatica [1]. Per mia parte, poichè ho già avvertito, iniziando il presente studio, che ho intento di recar un contributo di fatti clinici, accuratamente e spassionatamente osservati, non posso che attenermi a questi, e su questi fondare il giudizio mio.

E però, ammainando e raccogliendo le sarte, ecco quanto ci è venuto di ragunare e di studiare lungo il cammino percorso:

Ad evidenza, anzi con tutta sicurezza, in un quarto circa dei casi (17 %), la polmonite ha sorpreso improvvisa l'individuo nel pieno della salute, subito dopo una soppressione brusca di sudore od una netta influenza reumatizzante; ed allora ha presentato un decorso febbrile, che si attiene e proporziona al focolajo d'infiltrazione, e che non s'accompagna a tumore splenico nè ad altri fatti che possano dar sospetto di processo morboso generale d'indole zimotica. Ma, in contrapposto, io trovo questi altri fatti, non meno de' primi sicuri ed evidenti:

a) La polmonite non batte la stessa via delle altre malattie respiratorie, che dipendono chiaramente da influenze atmosferiche, nè si manifesta con il *maximum* di frequenza o di intensità quando queste influenze sono appunto maggiori;

b) Colpisce ugualmente le varie classi sociali, e all'aperto, e nelle officine, e ne' palagi, facciano o no una vita riguardata e igienica; non rispetta i robusti e pingui, ma flagella abbondantemente i denutriti e fiacchi per malattie o per stravizzi;

c) Ha prodromi in pressochè la metà de' casi, corso ciclico

[1] Vedi l'*Annotazione I*, che sta in calce al presente scritto.

in tutte, forma abortiva qualche volta; e febbre con tipo, non unico ma costante [1];

d) Presenta, nel 50 %, ingrandimento della milza, non dipendente da infezione malarica; si accompagna sovente a malattie sicuramente infettive e contagiose e procede di pari passo con esse; tiene genio epidemico, non solo nella maniera di manifestarsi o nella forma che assume, ma eziandio nella mortalità;

e) Finalmente, in alcune varietà di forma, ha sì evidenti i caratteri d'una infezione generale, che si è necessariamente costretti a volgere ad essa il pensiero, più che alla flogosi franca circoscritta.

Conclusione di tutto questo è, secondo il mio modo di vedere, che: Clinicamente, se non possiamo in maniera assoluta rigettare (almeno fin ora, nello stato attuale delle nostre conoscenze) la polmonite genuina, provocata da influenze reumatizzanti; non possiamo non ammettere come sicura, nella più parte de' casi, la polmonite che sta in nesso etiologico co' microrganismi; e lascio impregiudicata, poi, la controversia, se debbasi o no accogliere il *monas pulmonale* del Klebs, o altro schizomicete capace di farsi causa della infezione polmonitica. Ci rischiareranno in seguito (è da sperarlo) i Patologi e gli Sperimentatori questo punto oscuro di etiologia e di patogenesi.

§ 11. Un processo morboso, che, in organo sì vitale qual'è il polmone, svolgesi rapido e con un treno di sintomi tanto molesti e imponenti e pericolosi, reclama senza dubbio un intervento curativo pronto ed efficace; e però la terapia della polmonite, da' più antichi tempi a' presenti, ha costantemente e siffatta-

[1] Non occorre di richiamar qui la differenza che si nota tra la febbre della polmonite fibrinosa genuina e quella della polmonite consecutiva a trauma. Di quest'ultima s'è di recente occupato il Litten, nel lavoro: *Su le malattie degli organi toracici suscitate da contusione, con speciale riguardo alla pneumonite da contusione.* (Cfr. *Zeitschrift für klin. Med.*, 1882;—*Schmidt's Jahrbücher*, 1882, Bd. 196, p. 247 e seg.;—*Rivista clinica* di Bologna, 1883, pag. 720 e segg.).

mente affaticato tutte le scuole ed i sistemi medici, che può da sola fornire la storia delle idee fondamentali e de' metodi terapeutici, che con vicenda continua sonosi succeduti e sostituiti [1]. Ma appunto per ciò, in argomento di tanta vastità e importanza, io sento il bisogno di confinarmi nel breve campo delle osservazioni mie; e, sulla scorta de' più oculati Clinici, tenermi stretto agli ammaestramenti che la ragione e la pratica tuttodì ci suggeriscono.

In presenza d'una polmonite, è vano, anzi dannoso il pensare ad una cura diretta, capace di fermare o di vincere un processo che deve, attraverso le varie fasi, compiere il suo ciclo. Da ciò la conseguenza, che la cura deve essere indiretta, rivolta non alla polmonite, ma all'organismo che n'è colpito, ma ai fenomeni che l'accompagnano e possono comprometterne l'esito, ma alle complicazioni che aggravano la condizione locale o lo stato generale; e questa stessa cura indiretta non può, non deve essere sistematica, metodica, perocchè va necessariamente modificata secondo la forma che la malattia riveste, e la intensità ed estensione sua; secondo le influenze delle condizioni individuali, età, sesso, costituzione, stato di salute antecedente, ec.; secondo le complicazioni, ed il genio epidemico dominante.

Fedele a tali vedute, quando il processo polmonitico non ha deviato dal corso ordinario, non ha mostrato esagerazione in nessuno de' fenomeni che l'accompagnano, ed ha avuta estensione limitata, e si è sviluppato in individuo giovane, robusto e perfettamente sano negli altri organi, io non ho fatto cura propriamente detta, non ho creduto necessario l'intervento; e limitandomi a sorvegliare l'infermo, a tenerlo in quelle condizioni di buona igiene, quanto all'ambiente ed al cibo, che richiede un morbo acuto, ho visto a tempo opportuno sopravvenire regolarmente la crisi e seguire senza interrompimento la risoluzione completa. Qualche tisana, qualche pozione aromatizzata, qualche polverina

[1] Vedi l'*Annotazione II*, in fine a questo studio.

insignificante sono bastate, in tali casi, a contentare il malato e la famiglia, reclamanti per solito alcuna prescrizione di farmaci, che son ritenuti per credenza comune indispensabili in tutte le malattie, e massime nelle acute. Ma quando un sintoma, od una complicazione, od una forma speciale della polmonite l'ha richiesto, l'intervento curativo per quel sintoma, per quella complicazione, per quella forma speciale, non ho indugiato a metterlo in opra, secondo i dettami della scienza, avvalorata dalla esperienza clinica.

Lasciando, intanto, che altri a sua voglia sperimenti e proponga, anche oggi, farmaci vecchi e nuovi e mezzi terapici atti a vincere le varie forme di polmonite o a renderne men lungo il corso, io vengo a segnare quelli che mi han dato risultati soddisfacenti e costanti. D'accordo affatto col Jürgensen [1], che nella cura d'una polmonite è la febbre che dobbiamo prima e principalmente aver di mira, come quella che più compromette l'organismo in generale, ed in particolare la funzione e la forza degli organi, e massime del cuore, io mi avvalgo più che altro de' sali di chinina, i quali hanno « l'inapprezzabile vantaggio di abbassare la temperatura senza danneggiare il cuore ». La chinina resta sempre l'antifebbrile sovrano quando vogliamo moderare l'eccesso di piressia; è indispensabile poi ne' casi di polmonite malarica, dove sicuramente si va ad esito infausto se non se ne amministra una larga dose, che cotidianamente dev' essere ripetuta. In questi casi, io sono andato sicuramente da uno e mezzo a due grammi per giorno; ma nei casi ordinarj, dove infezione malarica non esiste, non ho creduto di oltrepassar quasi mai la dose di un grammo, a malgrado l'avviso in contrario del Jürgensen sullodato, che largheggia in modo eccessivo nell'amministrazione del sale. Il quale, grandi servigi eziandio, e come an-

[1] Cfr. Jürgensen, *Principii fondamentali per la cura della pulmonite crupale*; forma il n. 43 della « Raccolta di Conferenze cliniche » del Volkmann (Napoli, L. Vallardi, 1877).

tifebbrile e come antizimotico, rende ne' casi di polmonite adinamica e di polmonite migrante, nè puossi lasciar da parte in forme così gravi; mentre, al contrario, è senza ragione sprecato, e potrebbe anzi nuocere, nella polmonite senza febbre, nell'abortiva, nella centrale, in quella degli epilettici, in quella de' bevitori. Quest'ultima è fatta mite ed è ricondotta per quanto si può al tipo ordinario, quando vien curata con l'alcool, ch'è l'abituale stimolo cerebrale e cardiaco de' beoni; ed è sorpredente come i delirj, i tremori, l'insonnia, l'agitazione generale ec., cedano tosto con la somministrazione dell'alcool, cui è ottima pratica lo associar sempre qualche dose di oppio. La quantità giornaliera di alcool da me amministrata va da' 20 a' 40 grammi; ma all'alcool schietto non ho ricorso che ben poche volte, in soggetti smoderatamente bevitori o adusati al rum, al cognac, all'acquavite; ma poichè, come ho già avvertito, tra noi non si hanno per solito beoni di tal fatta, mi giovo del vino Marsala, del quale concedo da uno a due decilitri, da consumarsi nel corso della giornata. Nella polmonite degli epilettici, ho visto il bromuro potassico recare non poco sollievo, rimovendo quel senso di tremore interno delle ossa e quella smania epigastrica che sono così molesti agl'infermi. Nella polmonite emorragica, invece, non ho ricavato reale e stabile vantaggio dagli emostatici, anche a larga mano adoprati; tuttavia credo che non possa farsi a meno di amministrarli, esendochè la loro soppressione potrebbe riuscire di molto pericolo. I tonici analettici e gli eccitanti non ho pretermesso mai, quante volte la polmonite ha colpito un soggetto fiacco, denutrito, vecchio, cachettico, e quante volte il cuore ha accennato di reggere male all'eccesso di lavoro cui è costretto ed all'azione deleteria del morbo; ed in tali circostanze mi giovo altresì, per via ipodermica, della tintura eterea di muschio, che riesce di azione pronta e veramente utile [1].

[1] L'azione della tintura di muschio vuolsi da molti che dipenda più dall'etere che dal muschio; ma è un fatto, che l'etere solo non dà i risultati di quella.

Un calore febbrile intenso, accompagnato a notevole frequenza del circolo (130-172 battute) m' ha fatto ricorrere dieci volte alla digitale, che in questo caso risponde alla doppia indicazione di abbassare la temperatura e di rallentare le contrazioni cardiache nel tempo stesso che le rende più energiche. Non è qui il luogo di riagitare la già lungamente agitata questione, se questo medicamento rafforzi o indebolisca le contrazioni del cuore. Facendo appello alla Clinica, io credo che le rafforzi; come pur credo, senza gli entusiasmi di Hirtz e della scuola di Strasburgo per questa « preziosa pianta », ch' essa sia un farmaco che, prudentemente e sagacemente usato, rende de' veri servigi nella cura della polmonite. Ne' dieci infermi, ne' quali m'è occorso di amministrare la digitale (grammo mezzo di foglie, infuso in 100 di acqua, per epicrasi, ripetuto per 3-5 giorni), ho visto il costante effetto d'una moderata riduzione della febbre, d'una più regolare distribuzione ed attività del circolo periferico, e in quattro casi una sensibile calma, che teneva dietro a lieve, sì, ma benefica diaforesi. E però ritengo conformi a' risultati della sincera osservazione clinica le parole del Bernheim: che la digitale « lungi dall'essere controindicata negli ammalati, di cui il polso è piccolo, depressibile, paralitico, è in questi casi invece che soddisfa alla più utile indicazione. La sola circostanza che sembrami imporre l' abbandono di questo medicamento, è lo stato grassoso del cuore; è evidente, infatti, che in questi casi la digitale non può operare sulla contrattilità di un muscolo degenerato, e che rallenta senza profitto il cuore che non può più guadagnare in forza ciò che perde in velocità [1] ».

Come cura sintomatica, che risponde a urgenti e speciali ma limitate indicazioni, debbo menzionare qui eziandio le emissioni sanguigne, del cui smoderato abuso ha tanto da dolersi la scienza e l'umanità. Non occorrerebbe certo fermarsi a quest'argomento dopo quello che tanti illustri Clinici e Patologi e Sperimentatori

[1] Bernheim, op. cit., lez. III, pag. 53.

n'hanno scritto nell'ultimo ventennio; dopo che, le più esatte idee sulla infiammazione e lo studio clinico ed anatomo-patologico su la polmonite hanno già fatto passare in cosa giudicata il salasso, e come antiflogistico e come antipiretico. Ma e' bisogna pur battere il chiodo, quando si esercita e si scrive in un paese, dove sopravvive qualche ostinato seguace delle teorie di Broussais e di Bouillaud, che vi grida, che la vita del polmonitico sta su la punta della vostra lancetta; dove, nella testa delle masse, come già in quella della generazione di Medici che ci ha precessi, le due idee di polmonite acuta e di salasso sono inseparabili. Non c'è dubbio che, mediante un salasso, risolvono sorprendentemente i sintomi più minacciosi dati dall'edema passivo de' polmoni; ma non si dimentichi che questo mezzo curativo, efficace ma compromettente, non ci ottiene che di guadagnar tempo, sì che si giunga al momento della crisi. A me non si è presentata l'occasione urgente di aprire la vena che tre volte, e tutte tre per minaccia di soffocazione da stasi considerevole polmonale e cerebrale: in un giovane vigorosissimo di 22 anni, con polmonite doppia, al 5° giorno; in un uomo di 53 anni, con polmonite pur doppia, al 6° giorno; in una donna di 36 anni, grassa e sanguigna, con polmonite della base complicata a pleurite, al 10° giorno; e l'effetto corrispose pienamente all'aspettazione, non avendo io qui fatto che una cura sintomatica, rimosso un ostacolo che comprometteva la vita, prima che il processo morboso fosse venuto al suo natural termine. Ma ho visto, per contro, parecchi polmonitici salassati più o meno generosamente in principio di malattia, senza opportunità e giudizio e discernimento, e solo per obbedire a' precetti della cosiddetta « cura classica »; ed ecco le conseguenze, ch'io ho potuto studiare in tredici di questi polmonitici, cui fu cavato improvvidamente sangue:

a) In sette, in cui fu praticato un solo salasso (di grammi 250-300 di sangue) tra il 3° ed il 6° giorno, si ebbe discreto abbattimento di forze, crisi dall'8° al 10° giorno, ma risoluzione dell'essudato lenta, nel corso di 12 a 14 giorni;

b) In quattro, ne' quali venne aperta la vena due volte (grammi 300-400 di sangue per volta) dal 4° al 7° giorno, e fatta contemporaneamente una mignattazione al torace per il dolore puntorio, la crisi ebbesi al 12° giorno in due, al 14° in un altro; non si ebbe affatto nel quarto, che soccombeva al 16° giorno. In tutti sopraggiunse, dopo i salassi, estremo abbattimento; in due, nausee e lipotimie quante volte tentavano levarsi un po' sul letto. La risoluzione dell'essudato fu, in due, stentatissima, e non era compiuta che al 16° ed al 18° giorno; nel terzo, si verificò il passaggio allo stato cronico, l'unico caso, come s'è già visto, ch'io n'ebbi in 180;

c) In due, in fine, si produssero così notevoli conseguenze dopo il salasso, che mette conto il riportarne succintamente le storie cliniche.

Osservazione XXIII. — Angela Valentelli da Palermo, di anni 17, cameriera, ben costituita e ben nutrita, che non avea mai sofferto nulla in antecedenza, verso il mezzogiorno del 29 decembre 1875 veniva d'un tratto e senza causa apprezzabile assalita da fiero dolor puntorio al disotto della mammella sinistra, e contemporaneamente da febbre, dispnea, tosse secca. Niente brivido. Nella notte questi fenomeni aggravarono; e nel mattino del 30, manifestatosi lo sputo rugginoso, venne praticato un generoso salasso (grammi 500 di sangue) ed imposta la dieta assoluta, nel tempo stesso che amministravasi un purgante d'olio di ricino. Ma la malattia non modificavasi punto, e però, il 31, tutto era in ordine per cavarsi nuovo sangue; se non che, nel sollevarsi sul letto, la inferma è presa da uno svenimento, e questo fa sì che i padroni di lei si oppongano al già deliberato secondo salasso. Intanto cominciano e si succedono deliquj, ad ogni movimento che la malata tenta di fare, e vomiti ad ogni po' di brodo o d'altra bevanda ch'ella prova di mandar giù; e segue tale depressione di forze, che la mattina appresso i padroni, spaventati, fanno condurre l'inferma in barella alla Clinica Medica.

La trovammo estremamente abbattuta, pallida, paonazzi i labbri, le gote e le estremità delle dita. Polsi fuggevoli, intermittenti, davano 124 battute; respiro superficiale, breve, 42 al minuto; temperatura a 40°,4 C.; lipotimie frequenti, e frequenti conati di vomito. La tosse ravvicinata, l'escreato di piccole chiazze rosse, discretamente dense ed appiccaticce. Il ventre chiuso. In così gravi condizioni a noi bastò di constatare, senza minuziosi esami, che la polmonite era alla base sinistra, e venimmo senz'alcun indugio ad una cura eccitante, quale la circostanza imponeva.

Così, sostenendo le forze del cuore ed evitando in tutt'i modi l'imminente pericolo, si pervenne al settimo dì, quando aggiungevasi delirio; però nel contempo notossi un graduale abbassamento della temperatura (che dal 3° al 6° giorno s'era tenuta oscillante fra 39°,4 e 40°,4), dimodochè su la fine di esso giorno settimo era già subnormale (36°, 6 C.). Qui però, cessando i pericoli del processo acuto, cominciavano quelli del *collapsus;* perocchè divennero fredde le estremità tutte, impercettibili i polsi, incerta la conoscenza, ed il sensorio attutito, fino a non essere avvertito il bisogno di mingere ed essere uopo di ricorrere al cateterismo. Ma a forza di brodi ottimi e vino Marsala, a forza di injezioni sottocutanee di muschio, etere ec. ec., e di tutt'i mezzi esterni che il bisogno suggeriva, la Valentelli cominciò a poco per volta a riaversi, e trenta giorni dopo lo sfebbramento poteva lasciare per la prima volta il letto e dirsi guarita.

Osservazione XXIV. — Domenico Triolo, un robusto giardiniere palermitano, ch'è pervenuto all'età di 29 anni immune da qualsiasi male, la sera del 12 di febbrajo 1877, smesso il solito lavoro, è preso da freddo per tutta la persona, sì da battere i denti, e contemporaneamente prova un acuto dolor trafittivo all'arcata costale destra.

Due ore dopo, al freddo subentra febbre alta, accompagnata da dispnea, tosse, sete ardente, cefalea; quest'ultima sminuisce alquanto con una epitassi non copiosa, che sopravviene la notte, ma gli altri fenomeni, e massime la tosse e la dispnea, si fanno maggiori. Il domani, comparso lo sputo caratteristico, è praticato un salasso; e poichè la malattia non si ammansa quanto e come intende il curante, un altro salasso vien eseguito il 14 febbrajo. Da questo momento, lo stato dell'infermo non va che di male in peggio; per lo che, al 6° giorno di malattia, egli è condotto nella Clinica Medica, sfinito che appena fa sentir la sua voce, con tinta cerea e labbra bluastre, polsi tenui e compressibili, che battono 132 volte, estremità fredde, respiro affannoso (52) e superficiale.

Si trova che il processo polmonitico occupa l'apice destro soltanto; ma tale è la condizione generale del Triolo, che disperiamo di salvarlo; e specialmente nel 9° e 10° giorno, quando si hanno polsi irregolari e impercettibili, fisonomia stravolta, rantoli numerosi tracheali, che solo in parte e stentatamente vengono espulsi; se non che l'indomani il termometro, che fin allora avea segnato all'ascella un alto grado (39°,4—40°,6 C.), comincia una discesa, che in sei ore lo conduce a 36°,9 C. ove si ferma; ed allora, migliorati un po' i polsi, la malattia piglia una buona piega. Però non scevro di pericoli nè di preoccupazioni fu, com'è a credere, il periodo risolutivo, che durò ben 16 giorni; ed altri parecchi poi ne bisognarono, prima che il Triolo potesse dire di aver recuperate le sue forze.

Anche qui devesi agli eccitanti e poi ai tonici analettici la conservazione d'una vita, che pareva sicuramente perduta.

Non ho esperienza propria relativamente alla cura idropatica, tanto caldeggiata da Liebermeister, Thomas, Ziemssen, Niemeyer, Jürgensen, Bozzolo, ecc., sia in forma di pezzuole fredde applicate sul petto, sia in forma di bagno generale freddo o raffreddato [1]; ma ho visto un caso, in cui il bagno venne tentato da un egregio Collega, e non ci fu tolleranza, e crebbe la dispnea a tal segno, ch' ei non pensò di tornare alla prova. Oltre di che, questa terapia, nella polmonite, trova forte ripugnanza e fortissima opposizione presso tutte le famiglie in Sicilia; e però, a che compromettere o sfruttare imprudentemente la fiducia di che godete, quando il metodo in parola non è, in rispetto agli altri, nè più vantaggioso, nè più sicuro?

Ad altre cure sintomatiche, richieste da' singoli casi o da speciali complicazioni (catarro bronchiale esteso, catarro intestinale, reumatismi ec.), non occorre fermarsi; ogni buon pratico, agisce opportunamente secondo scienza ed esperienza; merita solo un motto la cura del dolor puntorio, fenomeno assai molesto che aumenta la dispnea e sopratutto esaurisce, e per sè e per l'insonnia che reca, le forze de' poveri polmonitici. Quand'è leggero, è vinto facilmente da un cataplasma caldo; ma se è forte e continuo, più che delle injezioni sottocutanee di morfina *loco dolenti*, dalle quali molti ripugnano, mi giovo del cloroformio, che applico schietto, o in ugual dose con olio d'amandorle (ne' casi meno violenti e in individui con pelle delicata); e posso assicurare, che l'effetto benefico si ha *sempre* immediato, e sicuro, e durevole per molte ore. Le sottrazioni sanguigne locali (mignatte, coppette scarificate) non dànno che lieve e brevissimo sollievo, non adeguato menomamente alla perdita di sangue.

[1] Cfr. Liebermeister, *Handbuch der Pathologie und Therapie des Fiebers* (Leipzig, 1875); — Thomas, op. e loc. cit; — Jürgensen, op. e loc. cit., pag. 153 e segg.; — Niemeyer, *Patologia e terapia speciale*, vol. I, p. 183 e segg. (3ª ediz. italiana, traduz. del Cantani; Milano, F. Vallardi, 1871); — Bozzolo, *Il bagno freddo e raffreddato nella pneumonite crupale;* nella « Collezione italiana di letture sulla Medicina », serie 1ª, anno 1881, lett. 1ª (Milano, F. Vallardi, 1881).

Riassumendo, concludo con le parole di un nostro Antico: « Allorchè la malattia procede regolarmente a norma dell'indole sua, ... siccome l'esperto Pratico sa riconoscere la qualità e l'indispensabile corredo di alcuni accidenti, che sono compagni, direi necessarj della medesima malattia, così riconosce insieme il dovere di non arrestarli, e di non manomettere una serie di occulti naturali conati e di lodevoli resistenze, nel retto ordin dei quali consiste la futura risanazione.... A' medici provetti non dee riuscir nuova una tale proposizione, come quelli che sanno, che se v'ha male, in cui l'azione medica abbia il minor luogo, è appunto l'acuto, anche di carattere violento e pericoloso, il quale certamente ad onta di ogni cura, suol correre i varj suoi gradi di avanzamento, e suol terminare o in bene, o in male, più per l'intima sua essenza, che per l'assistenza operante prestata [1] ».

[1] Giuseppe Pasta, *La tolleranza filosofica delle malattie, osservazioni mediche pratiche*, pag. 53 e pag. 52 (Venezia, 1795). — Noi dimentichiamo troppo spesso i nostri Antichi, o per inscienza, o per noncuranza, o per prosunzione, reputandoci a dritto e a torto superiori ad essi in ogni cosa. E pure, in quante cose videro dirittamente e ragionarono con più logica e con più senno di certi moderni, avvegnachè difettassaro delle mirabili scoperte e cognizioni d'oggigiorno. Leggasi, ad esempio, quanto l'or citato Pasta ci lasciò scritto da pag. 49 a pag. 58 della sunnotata pregevolissima operetta, su la cura della *Polmonia*.

ANNOTAZIONE I.

Per chi ama più stesamente conoscere le discussioni e gli studj di questi ultimi anni su la natura della polmonite fibrinosa, ecco qui l'indicazione bibliografica de' principali lavori, che trattano più o meno di proposito l'argomento.

Segno di un asterisco (*) gli Autori che ammettono la teoria parasitaria; di due (**), quelli che accettano due forme di polmonite, la infettiva e la reumatica; restano senza segno alcuno gli Autori che si tengono fedeli alla teoria organica.

** Banti (*Guido*). Contributo allo studio delle pneumoniti da infezione. (*Lo Sperimentale*, a. XXXIII, t. XLIV, 1879, pag. 31 e segg.).

* Barella. Note sur la pneumonie miasmatique ou zymotique. (*Bulletin de l'Acad. de méd. de Belgique*, n. 2, 1877).

* Bernheim. De la pneumonie abortive ou fébricule pneumonique. (*Revue médicale de l'Est*, 1877, n. 1, pag. 11).

— Lezioni di Clinica medica. Versione italiana del Dr. G. B. Ughetti. Napoli, N. Jovene, 1879; pag. 11 e segg.

** Bonnemaison. Pneumonies malignes; constitution médicale septicémique. (*Mém. de la Soc. méd. des Hôp.* — *Union méd.*, n. 77 e segg., 1876).

* Bozzolo. La pneumonite lobare, la pleurite, la pericardite, la endocardite e la meningite cerebro-spinale acuta, considerate nei loro reciproci rapporti. (*Giornale della R. Accademia di Medicina di Torino*, 1882, n. 10-11, p. 856 e segg.).

** Burresi. Clinica Medica di Siena. VIII: Pneumonite. (*Lo Sperimentale*, a. XXII, 1870, t. XXVI, p. 433 e segg., 537 e segg.).

* Butry. Ueber eine maligne Pneumonie-Epidemie im Dorfe Becherbach. (*Deutsche Archiv für klinische Medicin*, Bd. XXIX, 1881, pag. 193).

* Capozzi. Della natura infettiva della pulmonite fibrinosa. Ragionamenti ed osservazioni cliniche. Napoli, Detken, 1881. (Forma la dispensa 21ª de *La Clinica contemporanea italiana e straniera*).

* Coco. È la pneumonite una malattia da infezione? (*Il Morgagni*, a. XXII, 1880, pag. 825).

** Concato. *Archivio medico italiano*, vol. I, 1882, pag. 6 e segg.

* Costello. Some remarks on the types of pneumonia which are met with in northern India and in north-western Afghanistan. (*The Lancet*, 1881; — *Revue des sciences méd.*, t. XX, 1882, p. 523).

* Daly. Contagious pneumonia. (*The Lancet*, 12 nov. 1881; — *Revue des sciences méd.*, t. XX, 1882, p. 533).

* Delmas. Rapport sur une épidémie mixte d'oreillons et de pneumonies. (*Archives de méd. milit.*, t. II, p. 349; — *Revue des sc. méd.*, t. XXIII, 1884, p. 764).

** Demmler. Étude sur les pneumonies infectieuses. Thèse de Paris, 1882.

De Renzi (*Errico*). La Polmonite. Napoli, Detken, 1882; pag. 21 e segg. (Forma le dispense 23ª, 24ª e 25ª de *La Clinica contemporanea italiana e straniera*).

** Fedeli. Clinica Medica della R. Università di Pisa (1877-78), studii ed osservazioni. Seconda parte. In Pisa, F. Mariotti e C., 1879: III, Polmonite, § 1, pag. 475 e segg.

* Firket. Contribution à l'étude de la meningite latente chez les pneumoniques. (*Annales de la Société médico-chirurgicale de Liège*, sett.-nov. 1880;—*Revue des sciences méd.*, t. XX, 1882, p. 528).

* Friedländer. Ueber die schizomyceten bei der acuten fibrösen Pneumonie. (*Arch. f. Pathol. Anat. und Phys.*, t. LXXXVII, 1882, pag. 319).

* Gilas. Sulla patogenesi della pneumonite. (*British medical Journal*, 1883; — *Gazzetta degli Ospitali*, a. IV, 1883, n. 84, pag. 669).

* Golgi. La pneumonite infettiva. (*Gaz. degli Ospitali*, a. III, 1882, n. 3 e 4);

* Grasset. De la pneumonie considerée comme une maladie générale. (*Montpellier médicale*, mai 1877).

Griffini e Cambria. Sulla eziologia della polmonite cruposa; studio sperimentale. (*Giornale internazionale delle scienze mediche*, a. IV, 1882, p. 353 e segg. e 462 e segg.).

Hallopeau. La doctrine de la fièvre pneumonique. (*Revue des sciences méd.*, t. XII, 1878, pag. 730 e segg.).

Hanot. Du traitement de la pneumonie aiguë. Paris, Baillière, 1880; chap. premier, pag. 2-18.

** Hardwiche. Pneumonie, maladie infectieuse, zymotique et contagieuse. (*Gazette méd.*, 1876;—*Revue des sciences méd.*, t. XII, 1878, p. 730).

* Heidenhain (*Bernhard*). Beitrag zu der Frage nach der Ursachen der Pneumonie. (*Virchow's Archiv*, Bd. LXX, 1877, pag. 441).

* Holwede und Münnick. Endemisches Auftreten von croupöser Pneumonie. (*Berliner klin. Wochenschrift*, 1881, n. 23, pag. 332).

Jaccoud. Traité de Pathologie interne. Sixième édition. Paris, A. Delahaye, 1879, t. I, deux. partie, troisième classe, quatr. livre, chap. VI, pag. 1015 et suiv.

* Jürgensen. Pneumonite crupale. (Nel vol. V della *Patologia e terapia medica speciale* di Ziemssen, pag. 48 e segg. della versione del Dr. Napolitani. Napoli, N. Jovene, 1880).

* Klebs. *Archiv für experimentelle Pathologie*, Bd. IV, pag. 420 e segg.

* Köhnhorn. Zur Ætiologie der Lungen-Entzündung. (Cfr. *Revue des sciences méd.*, t. XX, 1882, pag. 523).

* Knoevenagel. Epidemieartiges Auftreten von Lungenentzündung im der Garnison Schwerin als Theilerscheinung anderweiter Epidemien. (*Deutsche militairaertzliche zeitschrift*, 1883, p. 286;—*Revue des sc. méd*, t. XXIII, 1884, p. 764).

* Kuhn. Die contagiöse Pneumonie. (*Deutsches Archiv fur klin. Medicin*, 1876).

* Landers (*Edward*). Croupous pneumonia, an acute infectious disease. (*Arch. of med. New York*, vol. V e VI; *Revue des sciences méd.*, t. XX, 1882, pag. 521).

* Leichtenstern. Sulle pulmoniti asteniche. Traduz. del Dr. C. Maglieri. Napoli, L. Vallardi, 1880. (Forma il n. 103 della *Raccolta di Conferenze cliniche* del Volkmann).

Lépine. Pneumonie lobaire aiguë. Articolo nel *Nouveau dictionnaire de médecine et de chirurgie* (Paris, Baillière et Fils, 1880), t. XXVIII, a p. 453 e segg.

* Maragliano. L'Istituto di Clinica Medica della R. Università di Genova nell'anno scolastico 1882-83: Pneumoniti fibrinose. (*Gazzetta degli Ospitali*, a. IV, 1883, num. 63, 64 e 65).

* Marchiafava. Dei recenti studî sulla natura delle malattie d'infezione e loro applicazione alla terapia. Milano, F. Vallardi, 1881. (*Collezione italiana di letture sulla medicina*, serie 1ª, 1881, lett. 3, pag. 84 e segg.).

* Marrotte. De la fièvre synoque péripneumonique. (*Arch. gén. de méd.*, 1873).

* Parrot. De la fièvre herpétique. (*Gazette hébdomadaire*, 1871).

** Roncati. Indirizzo alla diagnosi delle malattie del petto, del ventre e del sistema nervoso. Quarta edizione. Napoli, E. Pellerano, 1881; p. 139 e segg.

** Sèe. Sulle polmoniti infettive. (*Union médicale*, 1882, n. 76-79; — *Il Morgagni*, a. XXIV, 1882, p. 789).

* Strümpell. Lehrbuch der speciellen Pathologie und Therapie der inneren krankheiten für Studirende und Aerzte. Leipzig, 1883. (v. *Gazzetta degli Ospitali*, a. IV, 1883, n. 99).

* Targioni (*Edoardo*). Ricerche sulla natura della pneumonite cruposa. (*Lo Sperimentale*, a. XXXVIII, t. LIII, 1884, p. 158 e segg.).

** Tommasi (*Salvatore*). Sommario della Clinica Medica di Pavia; (2ª edizione; Napoli, tip. italiana, 1874); Polmonite, pag. 13 e segg.

— Nota su la pulmonite di quest'anno. (*Il Morgagni*, a. XXII, 1880, pag. 81 e segg). — Cfr. ancora in *Rivista clinica e terapeutica*, a. IV, 1882, n. 5.

Tommasi-Crudeli. Istituzioni di anatomia patologica. Torino, Loescher, 1882. Vol. primo, lezione 9, pag. 136.

** Ughetti. Istituto di Clinica Medica della R. Università di Catania, diretto dal Prof. Comm. Salvatore Tomaselli. Note raccolte durante il biennio 1880-82. (*Archivio medico italiano*, vol. 1, 1882, pag. 465 e segg.).

Valenti. Lezioni di patologia generale, dettate nell'Istituto Anatomico e Fisiologico della R. Università Romana. Parte seconda: Etiologia. Torino, Loescher, 1883: pag. 618 e segg.

* Ziehl. Sulla presenza dei micrococchi della pneumonite nello sputo pneumonico (*Centralblatt f. medicinischen Wissenschaften*, 1883, n. 25; — *Gazzetta degli Ospitali*, a. IV, 1883, n. 74, pag. 591).

ANNOTAZIONE II.

Nei Trattati speciali e nelle Enciclopedie si ha larga messe bibliografica per la terapia della polmonite; io qui, dunque, limiterò agli ultimi dodici anni le mie note, che non hanno altra pretesa, che di indicare i lavori e gli articoli più notevoli sull'argomento. Va da sè, che tralascio di citare le conosciutissime opere di Patologia e Clinica medica di Jürgensen, Trousseau, Jaccoud, Oppolzer, Bernheim, Peter, Strümpell, Eichhorst, Tessier e Laveran, ec. ec., le quali più o meno diffusamente se ne occupano.

Alix. Du traitement de la pneumonie. (*Bulletin de thér.*, 1881, pag. 469).

Alt. Ueber die Behandlung der crüposen Pneumonie mit veratrin. (*Deut. Arch. f. klin. Med.*, Bd. IX, 1871, p. 129;—*Rivista clinica di Bologna*, serie 2ª, a. 2°, 1872, pag. 21).

Barth. De l'utilité des injections seus-cutanées d'éther dans la pneumonie adynamique. (*Gazette hebdomadaire*, 1881, num. 50, 51, 52).

Bozzolo. Il bagno freddo e raffreddato nella pneumonite crupale. Milano, F. Vallardi, 1881. (*Collezione italiana di letture sulla Medicina*, serie 1ª, anno 1881, lettura 1ª).

— Clinica Medica propedeutica di Torino. Sulla efficacia terapeutica dei bagni tepidi prolungati, specialmente nella pneumonite e nell'ileotifo, con osservazioni sulla pneumonite catarrale acuta e sul bagno in genere nella pneumonite. (*Rivista Clinica di Bologna*, a. 1883, pag. 3 e segg.).

Bucquoy. Du traitement de la pneumonie. Leçon recueillie par Barth. (*France médicale*, 19 avril 1879).

Bulkler. Traitement de la pneumonie franche par le salicylate de soude et le suc de citron. (*Med. News*, giugno 1882; — *Revue des sc. méd.*, t. XX, 1882, pagina 790).

Burresi. Clinica Medica di Siena. VIII: Pneumonite. (*Lo Sperimentale*, anno XXII, 1870, t. XXVI, pag. 543 e segg.).

— Clinica Medica di Siena. Le pneumoniti curate nell'anno 1874-75. (*Lo Sperimentale*, a. XXX, 1876, t. XXXVII, pag. 367 e segg.).

Cantani. Terapia della pneumonite, lezioni cliniche raccolte dall'Assistente E. Martinez. (*Il Morgagni*, a. XXIV, 1882, pag. 29 e segg. e 161 e segg.).

Chambard-Hénon. Pneumonie traitée par les lavements froids. (*Lyon médicale*, 9 dec. 1883).

Chiappelli. Quattro casi di Pneumonite curati nella Clinica diretta dal Prof. Ghinozzi. (*Lo Sperimentale*, a. XXX, 1877, t. XXXIX).

Dall'Orto (*G.*). Dell'uso del carbonato d'ammoniaca e della tintura di noce vomica nella pneumonite. (*L' Indipendente*, a. 1881, n. 7 e 8).

Day (*William*). Case of croupous pneumonia in a child, treated successfully by the cold bath. (*British med. Journal*, 1883, pag. 725).

Dujardin-Beaumetz. Lezioni di Clinica terapeutica. Versione italiana di Cozzolino e Martinez. Parte quinta: Malattie dei polmoni. Napoli, N. Jovene, 1883; lezione terza e lezione quarta; pag. 66-120.

Everet. Il trattamento fisiologico delle flogosi pulmonali. (Riass. in *Morgagni*, a. XXIV, 1882, pag. 450).

Finlay. Case of pneumonia treated by cold baths: early defervescence. (*British med. Journal*, 1882, pag. 49; — *Revue des sc. méd.*, t. XX, 1882, pag. 526).

Fismer. Die Resultate der Kaltwasserbehandlung bei der acuten croupösen Pneumonie im Baseler Spitale von Mitte 1867 bis Mitte 1871. (*Deutsches Arch. f. klinische Medicin*, 1873, Bd. XI; — *Gazzetta clinica dello Spedale Civico di Palermo*, a. V, 1873, pag. 462 e seg.).

Gardies (*L.*). De la médication par l'alcool dans la pneumonie. Thèse inaugurale. Paris, 1877.

Gazin. De l'alcool dans les pneumonies adynamiques; thèse de Paris. Paris, 1874.

Gignoux. Observations de pneumonies traitées par les bains froid. (*Lyon médicale*, 11 nov. 1883).

Günsburg. Hydriatische Behandlung. (*Wiener med. Presse*, 1878, n. 2).

Hanot. Du traitement de la pneumonie aiguë. Paris, Baillière, 1880.

Hardy. Pneumonie: son traitement par le tartre stibié à haute dose. Leçon. (*Gazette des hôpit.*, 1878, num. 71 e 73).

James (*Samuel E.*). Cura della polmonite co' bagni freddi, la chinina e l'acido salicilico. (*The American Journal of med. sc.*, luglio 1877).

Joffroy. De la médication par l'alcool; thèse pour l'agrégation. Paris, 1878.

Jürgensen. Principii fondamentali per la cura della pulmonite crupale. Napoli, L. Vallardi, 1877. (Forma il num. 43 della *Raccolta di Conferenze cliniche* del Volkmann).

Kisseleff. Du traitement de la pneumonie croupeuse. (*Wratch*, 1883, n. 7, 8; — *Revue des sciences méd.*, t. XXII, 1883, pag. 506).

Labadie-Lagrave. Du froid en thérapeutique; thèse de concours pour l'agrégation. Paris, 1878.

Lava (*Giovanni*). Sull'indirizzo in genere della terapia e sulla cura della pneumonite franca in specie; considerazioni critiche. Torino, 1883.

Lefebvre. Saignée dans la pneumonie. Thèse de Paris. Paris, 1883.

Maragliano. Il bagno freddo nella cura della pneumonite. (*L' Italia medica*, a. 1881, num. 28, 31 e 32).

— L'Istituto di Clinica medica della R. Università di Genova nell'anno scolastico 1882-83: Pneumoniti fibrinose. (*Gaz. degli Ospitali*, anno IV, 1883, n. 64).

— Sull'azione biologica della cairina. (*Gaz. degli Ospitali*, a. IV, 1883, n. 83).

Picot. Faculté de médecine de Bordeaux. Leçons cliniques sur le traitement de la pneumonie. Paris, Masson, 1880.

Pucci. Contribuzione alla cura della pneumonite coll'uso interno dell'acido fenico; nota preventiva. (*Il Morgagni*, a. XXV, 1883, pag. 417 e segg.).

Scearce. Treatment of Pneumonia by Ergot. (*British med. Journal*, 1877).

Schwarz. Del joduro di potassio come specifico nella polmonite crupale. (*Deutsche med. Wochenscrift*, 1881, num. 2).

Sée. Des différents modes de traitement de la pneumonie. (*Union médic.*, 1873).

Strigo. Injezioni ipodermiche di calomelano. (*Gazzetta medica italiana: Lombardia;* 1874).

Testa (*Baldassare*). L'ipecacuana ad alte dosi nella pneumonite; considerazioni critiche in base allo studio sperimentale della sua azione biologica. (*Giornale internazionale delle scienze mediche*, a. V, 1883, pag. 611 e segg.).

Trapenard (*G.*). L'alcool dans le traitement de la pneumonie; analyse de 57 cas observés de 1871 à 1875. (*Compte rendu de la Société des sciences méd. de Gannat*, 1875-76).

Verardini. Sull'azione deprimente vasale dell'ipecacuana ad alta dose nelle pneumoniti franche. (*Mem. dell'Accad. delle Scienze dell'Ist. di Bologna*, serie 4ª, t. 2°; — *Rivista Clinica di Bologna*, a. 1882, pag. 108).

Weber. Valore terapeutico del bagno caldo senapato nella polmonite dei bambini. (*American Journal of Obstetrics*, vol. XI, 1878, pag. 333).

III.

ASCESSO PRIMITIVO DEL LARINGE.

§ 1. L'ascesso del laringe, cronico, secondario a tifo, a turbercolosi ed a pericondrite, sifilitica o no, si presenta con discreta frequenza, come han fatto conoscere le sezioni cadaveriche [1] e, a' dì nostri, le osservazioni laringoscopiche [2]: ma l'ascesso acuto, primitivo, è abbastanza raro: ed ecco perchè stimo utile di riferirne un caso da me osservato, il quale mi dà opportunità di fermarmi alquanto intorno a questa malattia, poco nota in generale ma assai importante e pericolosa.

La mattina del 7 ottobre 1874, in Borgetto, mandavami in gran fretta a richiedere un tal Salvatore Lupo, perchè, secondo le parole della persona che a me venne, *era lì lì per soccombere, soffocato da ignota malattia alla gola*. Accorso senza indugio, la suddetta persona comunicavami, ricercatane da me, intorno alla infermità del Lupo le seguenti notizie anamnestiche, che poi il Lupo stesso e la moglie pienamente confermarono. Egli, dotato, come tutti i suoi pari dediti a lavori campestri, di una costituzione forte e floridissima, non aveva sofferto ne' suoi trentasette anni che le febbri intermittenti, le quali per due volte, pochi anni innanzi, lo tennero a letto varj giorni. Non sa che siano affezioni di gola, abbenchè, ne' campi, incessantemente esposto a tutte le vicende atmosferiche. Il

[1] Specialmente di Tuilier, Deburgues, Delpech, Patissier, Laennec, Cruveilhier, Sestier, Berger, Döring, Möler ec. ec.

[2] Di Lewin, Tobold, Sterk, Türck, ec. ec.

primo d'ottobre, trovandosi sudante per ſatto lavoro in una sua vigna e senza ſarsetto, ſu sorpreso da un acquazzone, che lo rese ſracido marcio pria ch'egli avesse potuto riparare alla capanna. Spiovuto, e' ripigliò l'interrotto lavoro, lasciando che il proprio calore e il venticello rasciugassero la bagnata camicia, che gli restava sopra le carni. Tornato a casa la sera, provò nel cenare un senso di difficoltà all'inghiottire; il domani, questa difficoltà era aumentata, e un dolore sordo ma continuo e di quando in quando lancinante, gli accresceva molestia nei semplici atti di deglutizione. Fattesi ispezionare le ſauci e ispezionatele anche egli stesso allo specchio, le tonsille non erano affatto alterate e nulla vi appariva di morboso, tantochè egli, rassicurato, si recò in Palermo, a dar corso a certe sue faccende. In questa città continuò con gli stessi ſenomeni; ma la sera fu preso da intenso brivido di freddo, a cui, per quanto assicura, seguì ſorte calore ſebbrile; il quale continuava ancora, benchè più lieve d'assai, l'indomani, quando si decise a tornare in famiglia. Nel corso della notte dal 3 al 4 ottobre e per tutto il 4 ed il 5, la febbre pare abbia continuato, ma piuttosto lieve, se dobbiamo tener conto di questo, che il malato stette ſuori di letto, benchè in casa; però i brividi si erano per altre due o tre volte rinnovati, c'era qualche colpo di tosse secca, e i fenomeni d'impacciata deglutizione perseveravano press'a poco nello stato di prima. Il giorno 6 l'inſermo peggiorò; la ſebbre attinse un grado alto, sopravvenne aſonia e grave mancanza di respiro per un corpo ch' egli sentiva come otturargli le ſauci; e tentando di deglutire, provava maggior soffocazione ed eccessivo dolore. Tale dolore per altro era stato continuo in quest' ultimo giorno, e si esacerbava con la pressione anche lieve esercitata ai lati del collo in corrispondenza del margine superiore della cartilagine tiroide. Insonne nella notte e sul punto di morir soffocato più d'una volta, dovette alzarsi, e tenendo alte le braccia ſare sſorzi immensi inspiratorj per immettere un po' d'aria nei polmoni.

Io lo trovai seduto sulla sponda del letto, col capo e il collo spinti ſorzatamente all'innanzi rivolti alla schiusa finestra, le braccia aperte e le mani puntate sul letto. Il volto e i labbri cianotici, gli occhi spalancati, la bocca e le narici aperte, le jugulari nereggianti e tumide, la respirazione quasi impossibile e con un prolungato sibilo inspiratorio, mostravano a chiare note la vicina asfissia per un ostacolo gravissimo alle vie della respirazione. Compievasi questa dodici volte appena al minuto; i polsi piccoli, vibrati e frequenti (124), davano qualche intermittenza; la pelle urente al tatto. L'inſermo era completamente aſono: nessun tumore si rivelava esternamente nel collo all'ispezione, nè alla palpazione, la quale riusciva però dolorosissima quando in ciascuno de' lati il dito premeva nell'interstizio che esiste tra l'osso ioide e la cartilagine tiroide.

L'esplorazione della cavità buccale mostrò nello stato fisiologico le tonsille ed il retrobocca; però tutta questa parte, come anche le piramidi e il velo pendulo, presentavano un arrossamento uniforme ma non eccessivo; la base della lingua

era sollevata, e tentando di abbassarla, provavasi una resistenza sensibile e il malato dava manifesti segni di dolore. Non riuscendomi così, dunque, di scorgere l'ostacolo che, come poteva supporsi, esisteva all'apertura della laringe; nella mancanza d'altri mezzi più adatti, come il laringoscopio, e urgendo la osservazione, introdussi in bocca il dito indice e ne spinsi l'estremo fino a raggiungere il bordo della epiglottide, che notai arrotondato e di spessezza il doppio del normale; ed allora mi fu dato di sentire al disotto di esso due tumoretti della grossezza ognuno di una nocella, i quali partendo dalle ripiegature ari-epiglottiche di ciascun lato, venivano a toccarsi verso il centro dell'apertura laringea e la chiudevano pressochè completamente; al tatto erano pastosi; e mentre io tentava determinare con precisione la estensione della loro base, il tumoretto del lato destro, aprendosi d'improvviso, schizzò sul faringe un po' di pus, che imbrattò ancora il mio dito, ch'io tosto ritrassi. Seguirono alcuni colpi di tosse, coi quali il malato emise qualche grammo di pus cremoso, di color giallo-verdastro; il quale, venendo fuori, mentre prevenne la mia diagnosi, dichiarandomi la natura dei tumori, rese all'infermo la facoltà di poter introdurre nel polmone una certa quantità d'aria, cosicchè sentì esso ridarsi d'un tratto la vita e cominciò a ricomporre i suoi alterati lineamenti. Ritornato sul letto, che aveva lasciato per farsi meglio osservare, potè adagiarsi in una posizione alquanto inclinata senza molto soffrire; chè la respirazione era risalita a 22 volte per minuto, e i polsi erano ricomposti, dando 104 regolari pulsazioni. Il termometro, che subito applicai, segnò 39°, 8 C. L'afonia restava inalterata. Niegandosi l'infermo alla puntura col bistori del tumoretto di sinistra, mi contentai prescrivergli una spennellatura al collo di olio di crotontiglio, e lo lasciai in una sufficiente tranquillità.

La sera questo stato d'euforia perdurava, anzi erasi reso più manifesto; e l'infermo, che aveva potuto inghiottire alcuni cucchiai di minestra, benchè con istento, sforzandosi a parlare, cominciava a fare udir qualche suono. La temperatura era scesa a 38°, 4 C.; puls. 96, resp. 22.

Il domani trovai l'infermo che, benchè affiochito, già pronunziava qualche parola, e mostravami nella sputacchiera alcuni sputi di marcia emessi presso alla mezzanotte, tempo in cui erasi aperto l'ascesso di sinistra. Egli non provava più nessuna sofferenza di respiro e si lagnava di leggero dolore e di bruciore negli atti di deglutizione; del resto affermava di star bene; aveva dormito placidamente nella seconda metà della notte, e sentiva già gli stimoli dell'appetito. La temperatura era pressochè fisiologica (37°, 6 C.), i polsi e il respiro regolarissimi (p. 78, r. 20). Alla gola non riscontrai che un po' d'arrossamento tuttavia persistente; l'infermo abbassava sì la base della lingua, da mostrare intero il faringe; la epiglottide, che stava alquanto diritta come d'ordinario, era leggermente rosea e non più edematosa.

Tre giorni dopo, la voce essendosi rifatta sonora e cessata ogni molestia negli

atti di deglutizione, tornava il Lupo alle sue ordinarie fatiche campestri; ed è stato fino a qui sempre bene, nè mai più delle sue fauci si è lagnato com' egli mi ha confermato varie volte, avend' io avuto agio di rivederlo.

§ 2. La storia dell'ascesso primitivo del laringe è breve e recente, avvegnachè la prima pagina sia stata già segnata dal sommo Morgagni; il quale, nella classica opera: *De sedibus et causis morborum per anatomen indagatis*[1], narra di una donna quarantenne già asmatica che, affiochita nella voce e giudicata da' medici indubitatamente affetta di malattia polmonale, improvvisamente moriva nel 1704. La sezione cadaverica non rivelò lesione di sorta ne' visceri delle tre cavità; ma aperto il laringe, rinvennesi una discreta copia di pus bianco-cinereo e quasi poltaceo, che occludeva completamente l'apertura della glottide, provenendo da un ascesso formatosi ne' seni e d' un tratto scoppiato, e cagione quindi della repentina morte.

Il Morgagni chiudeva la nuova ed importante osservazione avvertendo come, nelle malattie, quello che fu ossevato una volta può di bel nuovo accadere e forse non raramente; e che però, nei vizj di respirazione, e singolarmente quando avviene repentina morte per soffocamento, non è da omettere l'esplorazione del laringe. E pure, il caso notato da quell'illustre con tanta precisione, andò negletto, anzi obliato per oltre un secolo, perfino da quelli che recentemente hanno trovato e descritto l'ascesso laringeo *primitivo*. Del quale il secondo caso, a mia cognizione, è quello pubblicato a Parigi al 1832; cui tennero poi dietro gli altri messi in luce da Legroux (1839), da Lailler (1848), da Ponnet (1848), da Berger (1855), da Artaud (1859), da Gottstein (1866), da Scheff (1872), da Stephenson (1873), e da Merklen (1880); dodici casi in tutto, comprendendovi il mio, che nel settembre 1875 comunicai al Congresso scientifico adunato in Palermo[2].

[1] *Lib. II, Epistola anatomico-medica XV*, § 13, 14 (Neapoli, MDCCLXII, p. 7-8).
[2] Cfr. *Jaresbericht herausgegeben von* Vircow *und* Hirsch, a. 1866, vol. II,

Manca un'apprezzabile causa determinante in sette di questi casi; e però, tenuto conto della sanità antecedente degli individui e del modo di manifestarsi e svolgersi della malattia, non possiamo pensare, ragionevolmente, che alla comune causa reumatica; e questa, si riscontra ben netta negli altri cinque casi. Trovo che gli uomini sono colpiti per due terzi, e per un terzo le donne; e quanto all'età, andiamo da' 18 a' 58, eccettuato un caso, quello di Artaud, che si riferisce ad un fanciullo di 6 anni.

Le osservazioni necroscopiche e laringoscopiche han dimostrato, che l'ascesso ha sede per solito tra le ripiegature ari-epiglottiche o ne' ventricoli del Morgagni; è circoscritto, e varia dal volume di una piccola nocella a quello di una grossa mandorla; occupa uno o tuttiedue i lati, e s'è esteso qualche volta al bordo della epiglottide o alla faccia posteriore del laringe (parete laringo-faringea); le parti circostanti, poi, appariscono uniformemente rosse e tumide per edema, il quale è più o meno diffuso a secondo la maggiore o minore diffusione dell'ascesso. È chiaro, che la stenosi, o la completa chiusura del laringe deve essere la necessaria conseguenza di tali alterazioni anatomiche.

§ 3. La malattia si svolge d'ordinario in pochi giorni, da cin-

pag. 111;—ed a. 1872, vol. II, pag. 145; — *Edinburgh medical Journal*, a. 1873, pag. 312; — *Revue des sciences médicales*, t. III, 1874, pag. 598; — e t. XVI, 1880, pag. 676; — Janicot, *Contribution a l'étude des abcès du larynx, thèse;* Paris, 1879, pag. 31, 33, 35, 38 e 43; — *Rivista clinica di Bologna*, serie 2ª, a. VI, 1876, p. 14.

Il Grey fe di pubblica ragione due casi di ascesso primitivo del laringe, che incontrò in un bue ed in una vacca: questa morì dopo una settimana, quello dopo tre. Vedi il cit. *Jaresbericht*, a. 1871, vol. I, pag. 499.

Gli scrittori speciali di malattie del laringe, Rühle, Tobold, Türck, Fovel, Ziemssen ec., trattano nell'istesso capitolo, attesa l'analogia de' sintomi, l'edema laringeo e l'ascesso circoscritto; di quest'ultimo poi, non è a dirlo, mettono insieme i casi secondarj ed i primitivi, acuti o cronici che sieno. Il Massei, (*Patologia e terapia della laringe;* Milano, F. Vallardi, 1877; parte terza, cap. II, secondo gruppo, § 5, p. 168-170), si ferma all'ascesso laringeo primitivo, ma non riferisce casuistica propria.

que a dieci, e con un complesso di sintomi che non varia se non se per la intensità; la quale dipende: e dalla sede dell' ascesso, e dalla progressiva estensione del medesimo, e dall' edema infiammatorio che ne consegue. Il primo e costante fenomeno accusato dagl' infermi è un dolore sordo alla gola, dolore di cui non sanno precisamente indicare la sede, ma ch' è molesto più specialmente negli atti di deglutizione, la quale si compie con difficoltà già fin dal primo momento. A poco a poco la disfagia diviene più notevole e il dolore acquista il carattere di pungitivo, nel tempo stesso che insorge mediocre difficoltà della respirazione, velamento della voce, e qualche raro colpo di tosse; questa, secca, o seguíta appena da piccolo escreato mucoso con strie di sangue. Manca la reazione febbrile, in questo primo periodo, o è insignificante.

Qui si ha una sosta, e talora accentuata miglioria ne' fenomeni; ma in essa non è da porre fiducia, perocchè consèguita, a poche ore di distanza, un secondo periodo, che fa manifesta tutta la gravezza ed il pericolo del processo morboso. Il respiro diviene penosissimo, per la stenosi laringea permanente e progrediente; si succedono accessi di soffocazione, che riescono soventi volte letali. S' accende la febbre, con una certa violenza; i polsi vanno a 120-130, sono piccoli, molli, irregolari; c' è afonia e disfagia completa; smania ed irrequietezza grandissima; cianosi molto avanzata, estremità fredde, pelle coperta di freddo sudore; in una parola, tutt' i sintomi dell' asfissia, che portano sicuramente e prontamente a morte, ove prontamente non si ridà libero accesso all'aria dentro il polmone.

§ 4. Poichè, come ben si vede, questo complesso di sintomi è press'a poco identico a quello che dà lo edema della glottide, ed in generale qualunque ostacolo meccanico laringeo acutamente sopravvenuto; per venire alla diagnosi di ascesso acuto primitivo, non solo dobbiamo tener stretto conto delle cause, e dello stato anteriore di salute dell'individuo e del modo di manifestarsi e

svolgersi della malattia, ma abbiamo di bisogno e indispensabilmente della diretta ed accuratissima esplorazione del laringe, la mercè del laringoscopio; o per lo meno del dito, ove per una ragione qualsiasi il laringoscopio ci faccia difetto. Per tal maniera soltanto, constatando la presenza del tumoretto o de' tumoretti nel sito già indicato, noi ci metteremo al caso e di formulare senza equivoco la diagnosi e, che più importa, di pigliar con prontezza que' provvedimenti, da' quali dipende la vita dell' ammalato; giacchè, da quanto precede, chiaro si dimostra essere l'ascesso laringeo una malattia abbastanza grave e pericolosa, quando non si interviene a tempo, potendo un indugio di poche ore, o talora anche di momenti, riuscire perniciosissimo.

§ 5. L'indicazione terapica deve necessariamente variare secondo il periodo della malattia e secondo i singoli casi e le circostanze concomitanti; ma, come ben osserva lo Ziemssen [1], deve il medico avere grande oculatezza e presenza di spirito per provvedere a tempo alla minaccia del pericolo di vita, che ad ogni momento può sopravvenire.

Nel principio, è ben giusto che si tenti di arrestare l'infiammazione co' soliti mezzi antiflogistici ed astringenti: spennellature con soluzioni concentrate di nitrato d'argento, o di tannino, o di allume; applicazioni fredde intorno al collo, ecc. Se però l'osservazione diretta mostra l'ascesso in via di formazione o già formato e l' edema più o meno esteso, allora i vomitivi, le energiche derivazioni sull' intestino e sui tegumenti esterni delle estremità e meglio ancora del collo, sono i mezzi più consigliati e più razionali, i quali possono allontanare alquanto l' imminente pericolo d' asfissia e dar tempo ed agio al Medico di ricorrere al rimedio sicuro e radicale, il vuotamento dell'ascesso. Questo vuotamento può verificarsi qualche volta sotto lo sforzo del vomito, o d' un

[1] Ziemssen, *Laringite flemmonosa*, nel vol. IV della *Patologia e terapia speciale medica*, pag. 283 (Napoli, Jovene e Pasquale, 1880).

violento colpo di tosse; ma non si sprerà o aspetterà certamente che per tal modo avvenga; quando il caso ne indica la urgenza, non si dee pretermettere d'un minuto l'intervento operativo, senza pur tentare i mezzi suesposti. L'apertura dell'ascesso vien praticata col bistori, sotto la guida del laringoscopio, od anche del dito indice sinistro; oppure col dito indice direttamente, scalfendo con l'unghia, come il Legroux raccomandava, ed a me è accaduto di fare; ma a questo mezzo non è da appigliarsi, se non costretti dalle circostanze. Non riuscendo, per difficoltà tecniche o d'altra natura, a dar esito al pus e ripristinare il passaggio dell'aria, dinanzi all'imminente soffocazione, la tracheotomia è l'ancora di salvezza che resta, e devesi ad ogni costo e con qualsiasi mezzo praticare [1].

[1] Riferisce l'Hughes (presso Ziemssen, loc. cit.), che uno studente in medicina salvò un uomo, ch'era per restar soffocato per edema della glottide, aprendo la trachea con un temperino ed introducendovi come canula un portapenne d'acciaio.

IV.

CIRROSI EPATICA EREDITARIA.

Nel 1874, sotto il titolo: *Inversione dei visceri addominali, con prolasso e mobilità del fegato*, io stampava la seguente storia clinica [1]:

« Il caso, che ora si pubblica, sembrami degno di qualche attenzione, e perchè non tanto frequente ad osservarsi, e perchè offre una prova di più in appoggio di quell'assioma che inculca al Medico di essere sempre attentissimo ed oculato osservatore, onde evitare inesatti giudizj diagnostici e cure inopportune o talora anche dannose.

« Il giorno 3 decembre 1873 ricoverava nelle sale cliniche dirette dal Ch.mo Prof. Federici la ventiseenne Concetta Deluca da Palermo, nubile, di costituzione piuttosto lodevole. Riferisce che ha perduto da molti anni i genitori, tuttiedue, per singolare coincidenza, con idrope ascite, e che ha un solo fratello che gode buona salute. Ella non sofferse malattie fino al diciottesimo anno, età in cui si stabilirono le sue purghe mensili, scarse, e che non mostraronsi mai più per cinque interi anni; indi, ricomparse, tennero periodo irregolare; ed ora conta diciotto mesi che mancano affatto. A venti anni fu presa da risipola alla gamba destra; un anno dopo, circa, la stessa malattia si manifestava alla faccia, dove nel corso di sei mesi ebbe a ripetersi per tre volte, accompagnata sempre da febbre,

[1] Bologna, Tipi Fava e Garagnani (Estratto dalla *Rivista Clinica di Bologna*, serie 2ª, anno 4°, pag. 137-140).

che invadeva con brivido di freddo e teneva andamento continuo. Da qualche anno, poi, si lagna di cefalalgia, ripetentesi a periodi irregolari, la quale cede rapidamente con l'epistassi, ch'è solita a sopraggiungere dopo di essa. Qualche mese avanti che fosse mestruata la prima volta, la Deluca avvertì un certo gonfiamento del ventre, che non decrebbe più, anzi andette quasi insensibilmente aumentando fino a due anni or sono, epoca nella quale rimase stazionario, salvo quelle oscillazioni di maggior tensione e di maggior pienezza dovute alla quantità dell'aria intestinale. Questi accrescimenti si fecero senza dolore, anzi senza disturbi sensibili della salute; e l'inferma assicura che sin dal principio poteva, non provando pena di sorta, palpare un corpo duro nella metà sinistra dell'addome, e che altro non ha provato e prova che un senso di peso verso l'ileo sinistro quando sta in piedi, e una certa ambascia e difficoltà di respiro nello esercizio del suo mestiere, che fu prima di sarta e poscia di domestica. Aggiunge, che fin dalla prima età fu solita di portare busti stretti; però, da che questo corpo è cresciuto nel suo ventre, ha dovuto ora smetterli ed ora tenerli assai lenti. Ma la ragione che l'ha condotta in Clinica non è già data da questo tumore, portando il quale per ben otto anni ella è stata assai bene non solo, ma eziandio ha potuto darsi in questi ultimi tempi a lavori faticosi: ella ricorre all'arte medica per l'amenorrea, e più per la pallidezza della faccia e per il calar delle sue forze, che hanno attirato in questi ultimi mesi la sua attenzione. Non ha avuto febbre; l'appetito è discreto, le funzioni digestive fisiologiche.

« Tenuta in osservazione, la inferma nei primi giorni di sua dimora nelle sale cliniche veniva intanto prendendo piccole dosi di ferro e chinina: il giorno 13 decembre era sottoposta ad esame, ed eccone i risultati:

« Le condizioni dell'ammalata sono piuttosto lodevoli; il tessuto cellulo-adiposo scarso; pelle alquanto pallida, colorito delle mucose leggermente cianotico, gengive guaste e la più parte staccate dal colletto dei denti. Il ventre appare globoso, slargato ai fianchi, il sinistro dei quali, insieme all'ipocondrio, molto più prominente del destro. La linea xifo-pubica descrive una curva a convessità anteriore, con il suo massimo di elevazione subito al di sotto della cicatrice ombelicale. Le escursioni addominali agli atti respiratorj sono press'a poco uniformi e graduali d'ambo i lati. Gli archi costali restano ad un livello molto inferiore alla superficie del ventre.—Esercitando il palpamento grossolano, l'inferma dice di non avvertire dolore in nessuna parte del ventre. Con il palpamento metodico, lungo la linea alba si viene subito a sinistra a limitare una resistenza con margini determinati, sotto ai quali si possono insinuare gli estremi delle dita; la quale resistenza, al di sotto dell'ombellico oltrepassa la linea mediana e viene a destra; però quivi i margini sono più indeterminati. La superficie di questo tumore è liscia; nei suoi margini non si riscontra incisura nessuna.

« Colla percussione si limita un'area di ottusità che corrisponde coi suoi limiti

a quella che avevamo segnata per mezzo del palpamento: quest'area termina anteriormente a forma di un ferro di cavallo, coll'apice rotondeggiante due dita al disopra del pube e immesso nel quadrante inferiore destro del ventre, e con le due aste incurvate l'una costeggiante la linea alba fino alla cicatrice ombelicale, al disotto della quale rientra nel quadrante superiore sinistro; l'altra che procede quasi parallela alla ripiegatura inguinale, tre dita al disopra di essa. Lo spostarsi del tumore sotto gli atti della respirazione, che non era avvertibile al palpamento, riesce sensibile con la percussione. — Con l'impulso comunicato dalla mano, questo tumore può spingersi alquanto da sinistra a destra e viene a rendere ottusa nel suono la regione epigastrica ed in parte ancora l'ipocondrio destro, mentre diventa timpanitico il punto donde viene rimosso il tumore: ma non è possibile condurlo ancora più verso il fianco destro. Il limite superiore del tumore all'ipocondrio sinistro è a livello del quinto spazio intercostale. Posteriormente il limite di ottusità si spinge fino alla doccia vertebrale.

« Alla regione ipocondriaca destra si limita con la percussione un'area di ottusità che ha la forma di una lingua di bue, con la punta corrispondente alla linea ascellare media, e con l'estremo rotondeggiante verso la doccia vertebrale. Gli archi costali vengono intersecati da quest'area ottusa, la quale distintamente si sposta in basso per più d'un plessimetro nel senso longitudinale del corpo, sotto gli atti di forzata inspirazione. Palpeggiando sotto gli archi costali, la mano si approfonda notevolmente e non incontra valida resistenza neppure spingendola in alto al di dietro dell'arco costale medesimo.

« Misurando l'area dei due tumori segnati, troviamo: Il sinistro, nel suo maggior diametro, che è il trasversale (in rapporto al corpo), dalla doccia vertebrale al suo apice conta centimetri 40; nel diametro verticale, preso alla linea ascellare anteriore, dà centim. 20. Il destro ha centim. 21 pel diametro trasverso, e centimetri 8 pel verticale, nella linea ascellare posteriore.

« Nessuna anormalità si nota negli organi respiratorj: il cuore batte al terzo spazio intercostale di sinistra, con impulso vivace ma circoscritto; i suoi toni sono fisiologici. Le urine non presentano albume; p. sp. 1028, acide, vi abbondano i fosfati e i pigmenti ordinarj. Esaminato il sangue, una leggerissima eccedenza di globuli bianchi si nota nel campo del microscopio.

« Restava a determinare in formola diagnostica la natura del tumore e il viscere affetto. Stando ai risultati raccolti con l'esame obbiettivo, il Federici ragionava press'a poco così:

« Il tumore, ch'è oggetto del nostro studio, è principalmente ubicato, come ben si vede, nella metà sinistra del ventre, che occupa quasi affatto, invadendo anche un tantino la destra; tumore

enorme dunque, e tanto più se consideriamo ch'esso estendesi posteriormente fino alla doccia vertebrale: che diametri avesse, già conoscete. Appartiene poi chiaramente a viscere intraperitoneale, come può rilevarsi dai varj caratteri che tante volte ho ripetuto a proposito di tumori dell'addome, e principalmente per quello di secondare i moti respiratorj [1]. La diagnosi pare agevole a bella prima, qualora si studia superficialmente la inferma; il suo colorito pressochè giallo-terreo (più sensibile nei primi giorni che ella fu accolta in questa Sala), la scaduta nutrizione, la sede e l'area occupata dal tumore, son cose che depongono in pro d'un tumore della milza: ma di che specie? È ipertrofia da miasma palustre? È una milza leucocitemica? È carcinomatosa? È amiloide? È una cisti d'ecchinococco che vi tiene sede? Vediamolo. — La idea prima a presentarsi è quella di una splenite cronica per malaria: il fatto è comune ad osservarsi, e in questa Clinica stessa avete visto delle milze stragrandi, tanto da riempire tre quarte parti della cavità addominale; ma di grazia, quali sono le febbri intermittenti che questa malata ha sofferto? Direte: si è avuta una intermittente larvata, che ha dato il tumore splenico senza accessi febbrili, e potrebbe averla rappresentata quella cefalea intercorrente a periodi, benchè non regolari (stando alla relazione della giovane); ma, dico io, un tumore splenico di questa fatta, che dura da otto anni e quasi sempre alla stessa grossezza, non avrebbe indotto la cachessia, e cachessia certo non lieve? non avrebbe compagno, come sempre accade, il tumore dell'epate? Ma quest'epate ingrossato, lo ricercate in vano all'ipocondrio destro: che sarebbe per avventura atrofico, all'ultimo stadio di raggrinzamento per l'infiammazione interstiziale? L'inferma stessa vi dà una smentita col suo appetito, con le sue buone digestioni, con la rifacentesi nutrizione ed il suo stato di relativo benessere. E poi, che luoghi paludosi ha ella abitato? È stata sempre

[1] « Vedi il saggio clinico del Prof. Cesare Federici, *Considerazioni sulle malattie addominali: I tumori*, (Palermo, tip. Tamburello, 1871), pag. 19 e segg.

in uno de' migliori quartieri di Palermo. Quella cefalea a periodi, di che si lagna, non può essere altro che congestiva; di fatto avete udito come si risolva immediatamente dopo l'epistassi. Cachessia non c'è, e lo esame microscopico del sangue vel comprova abbastanza.

« Esclusa così la splenite cronica da miasma, diremo forse che questo ingrossamento del viscere dipenda da leucocitemia? Nemmanco per sogno: le condizioni generali della inferma, e più di tutto i risultati del sangue, che diè tenuissimo aumento di globuli bianchi, la escludono addirittura. — Il carcinoma, e primitivo, e dopo tanto tempo ch'è sviluppato, e a questa età, e con lo stato trascorso e presente di questa giovane, si elimina da sè: io l'ho accennato solo per richiamarvi una malattia, che anch'essa può esser cagione di ingrossamento del viscere. — Alla degenerazione amiloide non occorre fermarsi; la storia della malattia e i risultati delle nostre ricerche obbiettive depongono quasi tutti contro di essa. — Resta a dire di una cisti d'ecchinococco. Ammettiamo un momento che questa, sviluppandosi enormemente, possa avere spinto in maniera le anse intestinali da farle interporre tra pareti addominali e fegato, donde la risonanza che riscontriamo all'epigastrio ed al fianco destro; il fegato dal canto suo, compresso, avrebbe rotato sul proprio asse e così sarebbesi allontanato di tanto dalle pareti addominali da non indebolire per nulla la piena risonanza timpanitica degli intestini che gli stanno davanti. È una supposizione, però, che non corrisponde al fatto: noi avremmo in tal caso cresciuta posteriormente la ottusità data dal viscere, e massime nei diametri ascellare posteriore ed emidorsale, e la vedremmo ancora confinare con la colonna vertebrale; qui invece osserviamo un'area ottusa brevissima, e staccata per un buon plessimetro dalla colonna vertebrale. Ma v'è di più. Abbiamo per poco supposto una cisti d'ecchinococco che non può esistere: dove sono la forma sferica, la elasticità, il fremito idatigeno ecc.? Qui abbiamo un tumore liscio, ben determinato nei margini e perciò pianeggiante, quasi affatto sfornito di elasticità: non è dunque una cisti d'ecchinococco.

« Ma che pensare, allora, di questo tumore, che innormalmente invade la cavità del ventre? È senza dubbio uno spostamento di organo già ingrossato. Ma di quale? Non è la milza, che abbiamo escluso che sia ipertrofizzata. Sarà dunque il fegato. Si affaccia perciò la idea che possa trattarsi di un altro caso di *fegato ambulante* [1], dove i ligamenti abbiano subíto tali trazioni e distensione, che il viscere è giunto al lato sinistro. Se non che, noi non dobbiamo allontanarci dai fatti osservati e raccolti: nei varj movimenti di decubito laterale, questo viscere si sposta a destra pochissimo; sospinto con la mano verso l'ipocondrio destro, giunge appena a questo col suo estremo e poi riempie completamente l'epigastrio e l'ipocondrio sinistro; inoltre, la percussione ci manifesta ottusità a tutto il fianco sinistro fino alla colonna vertebrale, mentre a destra si limita quella piccola area di ottusità che vedete segnata, e poi tutto è risonanza intestinale, che si muta in polmonare allorchè risalite sulle costole con la percussione; e mi fermo anche a questo, per mostrare che non esiste alcuna continuità della mancanza di suono tra l'area limitata al fianco destro e il tumore del ventre a sinistra; perchè nel secondo caso di *fegato ambulante* che osservammo in questa Clinica, ben potè dimostrarsi il ligamento destro che restava a tenere quasi fermo al sito ordinario l'estremo diritto dell'epate [2]; e qui avrebbe potuto questo viscere scendere tanto da venire a sinistra, e restando a contatto con la milza contrarvi aderenze e offrire una vasta area ottusa risultante dal complesso de' due visceri. Ma non è il caso questo; chè l'area ottusa di destra è ben limitata e isolata, e il suono intermedio fra essa e quella di sinistra è tutto di una chiarezza timpanitica tale, da non lasciare ombra di dubbio.

[1] « Se ne conoscono sei casi, gli ultimi due dei quali osservati nella Clinica del Prof. Federici. Vedi: Dott. Salvatore Salomone-Marino, *Due nuovi casi di fegato ambulante, osservati nella Clinica medica di Palermo, diretta dal professore C. Federici.* (Palermo, Tipografia editrice, 1873) ».

[2] « Vedi: Salomone-Marino, opusc. cit., pag. 12 ».

« Or, se il viscere prolassato a sinistra è il fegato, e tale lo addimostrano la forma e la grossezza, oltre a tutto ciò che avanti è detto, perchè fegato non può essere affatto il viscere che sta a destra (il quale invece è la milza); noi è necessità che conchiudiamo trattarsi di *inversione dei visceri ipocondriaci*, alla quale si accompagna il *prolasso del fegato*, ben dimostrato dal riportarsi in alto del tumore con appropriate manovre. Il fatto della inversione dei visceri non è nuovo, abbenchè non frequente: Rokitansky e Förster la ricordano, altri ne hanno descritto dei casi; ne abbiamo noi qui avuto un caso tipico, dove *tutti* i visceri destri, toracici e addominali, si riscontravano a sinistra, e quelli di sinistra a destra; insomma un *situs inversus viscerum* completo [1]. In un secondo caso, che fu osservato per alcun tempo pur in questa Clinica, i visceri toracici soltanto erano invertiti, avevasi cioè un *destrocardio* in cui i visceri addominali stavano secondo l'ordine fisiologico. Nel presente, abbiamo un caso opposto: cuore al suo luogo ordinario; e, dei visceri addominali, il fegato a sinistra e la milza a destra. Se lo stomaco trovisi ancor esso invertito non possiamo determinare, stante i mutamenti di posizione che ha subíto, compresso dal fegato ingrossato e spostato; la percussione ce lo dimostra disteso maggiormente all' epigastrio e con limiti indeterminati e indeterminabili; abbiamo ricorso, come avete veduto, al noto esperimento di far ingoiare alla inferma una polverina di bicarbonato di soda, e poscia una soluzione di acido citrico, onde conoscere dalla maggiore distensione dello stomaco verso qual lato si trovi la sua gran curvatura; ma l'esperimento non ha condotto a nulla di certo, perocchè abbiamo visto rialzarsi precisamente la regione epigastrica e ad uguale altezza così a destra come a sinistra. Del resto a noi è più che sufficiente l'aver potuto determinare che il fegato sta a sinistra, e a destra

[1] « Vedi l'opuscolo: *Clinica medica di Palermo* (*Direttore* C. Federici), *Casuistica* del Dott. Salvatore Spiaggia: II, *Situs inversus viscerum*. (Palermo, 1873: estratto dalla *Gazzetta Clinica*) ».

la milza [1]. Così vengono rimosse le difficoltà che ostavano da principio al giudizio diagnostico; si comprende benissimo com'è che la inferma abbia potuto portare senza disturbi o inconvenienti per otto anni questo tumore, soddisfacendo normalmente ai suoi bisogni, e sottoponendosi anche a fatiche non lievi. Noi possiamo ora rassicurarla sullo stato suo; e non appena sarà rimessa un poco meglio in forze con buona alimentazione nutriente e con i tonici, che già prende, la rimanderemo senz'altro; solo vogliamo farla avvertita di aversi dei riguardi, onde preservare da traumi e da ulteriori stiramenti il viscere prolassato e mobile, cosa che potrebbe mettere a repentaglio la vita sua o per peritonite o per strozzamenti intestinali [2]; e le potremo consigliare a tal uopo quell'istesso corpetto che prescrivemmo alle due inferme di fegato ambulante, corpetto del quale si tennero esse tanto soddisfatte ».

« Palermo, 18 decembre 1873. »

§ 2. La Deluca veniva licenziata un mese appresso, perfettamente rifatta nella nutrizione, nelle forze e nel colorito; giova notare, però, che all'esame microscopico del sangue si rinveniva tuttavia qualche globulo bianco in più. La mestruazione era ricomparsa, normale per durata ed apparenza. La condizione dei visceri addominali non era menomamente cambiata. Tutto ciò, com'è chiaro, non serviva che a ribadire la diagnosi fatta, e ad allontanare ogni ombra di dubbio, che avesse potuto sorgere.

Ventidue mesi dopo, il 3 novembre 1875, la giovane sarta ripresentavasi febbricitante in Clinica, e v'era tosto accolta. Narravaci le seguenti particolarità anamnestiche:

[1] « La milza è veramente un pochino più grandetta del normale; questo lieve ingrandimento bene si spiega col considerare quale ostacolo sia recato alla sua circolazione, quante volte non perdiamo di vista le condizioni di posizione e di volume del fegato ».

[2] « Vedi A. Cantani, *Caso di fegato ambulante* (Milano, 1868), pag. 9; — Salomone-Marino, opusc. cit., pag. 14 ».

Sono stata sanissima, dal dì che lasciai le Sale cliniche, ed ho visto tutt'i mesi le mie purghe, avvegnachè alquanto scarse. Sposa da cinque mesi, le cresciute fatiche dello stato conjugale non m'han recato fastidio di sorta. Due settimane fa, nell'atto del coito, provai improvvisamente sì forte dolore a' genitali interni, che rimasi priva di sensi per oltre a dieci minuti. Residuò dolore al basso ventre e senso di peso in vagina, ma non tale ch'io non potessi, benchè non senza stento, levarmi ed attendere cotidianamente a qualche faccenda domestica. All'ottavo giorno, però, il dolore ventrale si fece violento, estendendosi a' lombi ed alle cosce; e poichè, questa volta, il periodo mestruale era passato da quindici giorni senzachè io avessi veduto comparir il sangue, e però mi riteneva gravida, volli tosto una levatrice; la quale mi praticò de' clisteri laudanati. Mitigossi alquanto il dolore; se non che, nel tempo stesso, insorse febbre con brividi di freddo ripetuti, cefalea, sete, anoressia completa. Così, con dolori or più or meno violenti al ventre, con temperatura febbrile continua e brividi intercorrenti, ho trascorsi questi ultimi sei giorni, sperando la naturale guarigione; ma poichè ho visto invece che il mio male peggiora, essendomisi manifestato sangue da' genitali, e per di più flusso di ventre, che m'ha spossato sì, che fino la mia vista è offuscata, io vengo ad invocare i soccorsi dell'arte.

Esame obbiettivo. Temp. 39° C. Pulsaz. 100. Respir. 32. Nutrizione scaduta; tinta della pelle d'un giallo terreo, della sclerotica d'un giallo verdino. Denti fuliginosi; lingua umida, stretta, paniosa, con una striscia rossastra al centro.

Il volume del ventre fa un sensibile contrasto coll'ampiezza del torace: questo, regolare e proporzionato; quello, slargato a' fianchi e tumido. All'epigastrio si nota un'oscillazione sincrona all'impulso del cuore, la quale sparisce quasi del tutto nel sollevarsi che fa la parte superiore dell'addome sotto gli atti respiratorj, con un sollevamento che si compie piuttosto in massa anzichè graduale. Giacendo la inferma supina, i due lati del ventre, (ch'ha forma d'emisfero, con al centro l'ombellico un po' depresso), appaiono simmetrici ed ugualmente tesi; ma la palpazione rivela una notevole resistenza su tutta la metà sinistra, mentre nulla riscontra a destra. I contorni della suddetta resistenza vanno per una linea obliqua dal margine costale sinistro (linea emiclavicolare) al prolungamento della linea emiclavicolare destra, a livello dell'ombellico; da questo punto, con una curva scende in basso, ed attraversando la linea alba a tre dita sopra il pube, risale fin sulla cresta iliaca sinistra. Entro tutto lo spazio chiuso da' suddescriti limiti, ed in continuazione, dall'ipocondrio sinistro fin alla doccia vertebrale a livello della 9ª costa, la risonanza è completamente estinta; mentre si ha timpanitica smorzata all'epigastrio e timpanitica netta in tutto il lato destro; nelle piegature inguinali si nota eziandio lieve smorzamento della sonorità. L'inferma accusa dolore spontaneo alla metà sinistra del ventre, con estensione per l'ipocondrio fin alla parete dorsale corrispondente. Col palpamento, il dolore si suscita discretamente forte

al disopra del pube, al lato destro ed all'epigastrio, ma vivissimo ed intollerabile a sinistra, dentro i confini del viscere già designato e su' margini di esso.

Nulla di notevole a' polmoni.

La punta del cuore non si vede battere, ma puossi arguire da una piccola oscillazione della mammella; e si sente poi, applicando la mano, al 4° spazio intercostale, linea emiclavicolare, con impulso discretamente forte, circoscritto, e della durata ordinaria. L'area cardiaca è aumentata in volume, e più nella sezione sinistra; misura: nel fascio vascolare, centim. 10; nel diametro longitudinale, centim. 19; nel trasversale, centim. 15. La resistenza al dito percotente e la ottusità sono grandi. L'urto della punta resta un po' entro i limiti dati dalla percussione. In tutta la parte sinistra si ode un rumore di soffio, breve, cupo in U, coincidente col detto urto, e tanto più forte quanto più si preme collo stetoscopio; sulla parte destra questo rumore è molto indistinto e quasi nullo, mentrechè sull'epigastrio è abbastanza intenso; al focolajo aortico si ode anche distintamente e col massimo d'intensità all'inserzione della seconda costa sullo sterno; non si propaga oltre i limiti della regione cardiaca. Il 2° tono è chiaro e normale su tutt'i focolaj. Le vene del collo si gonfiano nella espirazione e si detumefanno nella inspirazione; nel momento in cui inturgidiscono, si nota un'oscillazione comunicata dalle arterie sottostanti; ed applicandovi lo stetoscopio, s'ode un rumore di soffio profondo, oscuro, coincidente con la diastole arteriosa.

Da' genitali geme scarsa quantità di sangue, fluido, scuriccio. Le materie fecali poche, disgregate, giallognole. L'urina è di colorito giallo carico, limpida, acida, p. sp. 1014; contiene piccola quantità d'albume, fosfati e cloruri scarsi, uroseina un po' eccedente; in discreta copia la bilifulvina, assente la biliverdina.

Sottoposta al microscopio una goccia di sangue, trovansi alquanto pallidi i globuli rossi, moderatamente eccedenti i bianchi.

Decorso della malattia. Ecco qui in breve le osservazioni, che cotidianamente vennero fatte.

3 *novembre, sera.* Temp. 40°,2 C.; Puls. 104; Resp. 34. Dolori atroci e continui al ventre, col massimo alla metà sinistra; cefalea frontale; sete ardente. Lingua asciutta, con striscia rossa al centro. Pelle urente. Alvo chiuso da questa mane. — Si praticano de' fomenti freddi continuati sul ventre, i quali recano sollievo non poco.

4 *mattina.* Temp. 39° C.; Puls. 100; Resp. 32. Stanotte insonnia e smania, per i dolori, che solo ora sono appena più lievi, e per la sete. L'alvo segue ad esser chiuso; c'è frequente voglia di mingere; urine scarse (400 c. c.), rosse, fortemente acide; dànno, all'analisi, risultati identici a quelli di ieri. — Si continuano i fomenti freddi sul ventre.

» *sera.* Temp. 39°,7 C.; Puls. 96; Resp. 28. Il dolore persiste, ma più mitigato, tantochè si può praticare con minori sofferenze la palpazione. La cefalea e la sete

abbastanza rimesse; la lingua umida, paniosa. Nessuna evacuazione ventrale; segue lo stimolo al collo della vescica.

5 *matt.* Temp. 39° C.; Puls. 100; Resp. 28. Riposo ad intervalli, ma relativamente tranquillo, nella notte; dolore sensibilmente scemato; sete poca. Le urine sono c.c. 1000, e presentano gli stessi caratteri. Una scarsa evacuazione di feci formate, normalmente colorite. — Ripete i fomenti freddi.

» *sera.* Temp. 37°,7 C.; Pulsaz. 80; Resp. 28. Oggi non s'è avuto quasi punto dolore, nè altre sofferenze. L'inferma ha preso di buona voglia le pastine. Il palpamento sulla parte sinistra del ventre e sull'ipogastrio non è tollerato affatto, mentre su la parte destra può praticarsi agevolmente. La percussione dà gli stessi risultati del giorno 3. Il sangue de' genitali è del tutto cessato.

6 *matt.* Temp. 36°,6 C.; Puls. 78; Resp. 24. Sonno tranquillo per tutta la notte; niuna sofferenza, tranne un senso di peso alla vescica e bruciore all'atto del mingere. Le urine sono più chiare, ma presentano tuttavia e nelle stesse proporzioni l'albume e la bilifulvina. Si continuano a tenere le pezzuole fredde sull'addome.

» *sera.* Temp. 37° C.; Puls. 80; Resp. 24. Oggi da 6 a 7 evacuazioni di scarse materie prosciolte, scure, fetide; si accompagna senso di peso al retto ed alla vescica. Si noti, che l'inferma ha mangiato un pezzo di pollo e delle paste dolci, che il marito le recò di nascosto.

7 *matt.* Temp. 36°,9 C.; Puls. 80; Resp. 24. Pochi tormini intestinali durante la notte, ed altre 5 evacuazioni identiche a quelle di ieri. L'addome è poco teso e si lascia ben palpare; è solo dolente alla fossa iliaca sinistra. Urine scarse, limpide. Fisonomia discretamente rianimata; lingua umida, paniosa. Si rinnovano le bagnature fredde, e si amministrano, per bocca, centigr. 10 di oppio in c. tre.

» *sera.* Temp. 37°,3 C.; Puls. 80; Resp. 24. Nessuna evacuazione oggi.

8-12 *nov.* Le funzioni ventrali sono completamente riordinate; nessun dolore spontaneo nè provocato all'addome; sonni tranquilli. La sclerotica s'è fatta più chiara d'assai; nelle urine è scomparsa del tutto l'albumina e la bilifulvina; restano appena tracce del pigmento incompleto della bile (reazione col cloroformio). La temperatura oscilla fra 36°,6 e 37°,5 C.

12 *sera.* Temp. 40° C.; Puls. 112; Resp. 28. Verso mezzodì l'inferma s'è lagnata di gravezza e dolore di testa, sete, grande abbattimento; pochi momenti dopo è caduta in uno stato di sopore, da cui con qualche difficoltà s'è riesciti a destarla temporaneamente. La fisonomia è pallida, senza espressione; labbra asciutte, alito fetido. Pelle urente. L'addome, nelle condizioni di prima quanto a forma, non sembra d'essere più sensibile che in corrispondenza del tumore a sinistra e specialmente lungo il suo margine. Si injetta, in due volte, sotto la pelle un grammo di bisolfato di chinina sciolto in acqua distillata, e s'applicano pezzuole ghiacciate alla testa.

13 *matt.* Temp. 38°,8 C.; Puls. 108; Resp. 32. Tutta notte è stata immobile e

come abbandonata, sul decubito dorsale; ha sparso nel letto le urine. Viso pallido, anzi d'un giallo terreo distinto; congiuntive iperemiche, sclerotiche suffuse d'una tinta itterica distintissima. Anche la pelle del tronco apparisce itterica, come fino ad ieri non era. Lingua umida, coperta da uno strato grigiastro. L'inferma è alquanto sveglia, e risponde esattamente alle domande; emette de' gridi quante volte si viene a palpare sul tumore dell'addome, che resta sempre entro i limiti già descritti. Così, eziandio, la ottusità, che segna i confini del viscere situato nell'ipocondrio destro, rimane inalteratamente la stessa di prima. A mezzodì, Temp. 40° C.; torna il sopore e l'abbattimento.—Ripete fomenti freddi al ventre.

» *sera*. Temp. 39°,2 C.; Puls. 100; Resp. 28. Alle 4 p. m. circa l'inferma ha spontaneamente aperto gli occhi e ripigliata la conoscenza e la favella. Dice di star meglio e di aver fame, ma intanto rifiuta il brodo. Non evacua l'alvo da 36 ore; si lagna di dolore al fianco sinistro e di molesto e continuo invito a mingere. Il calore è inugualmente distribuito pel corpo; gli arti di destra sono sensibilmente più freddi. Polsi depressi, piccoli. Si ripetono le injezioni ipodermiche di chinina, e due altre se ne praticano con tintura eterea di muschio.

14 *matt.* Temp. 39°,2 C.; Puls. 100; Resp. 24. Continuano le identiche condizioni di iersera; però il corpo è tutto ugualmente caldo. Una dejezione alvina normale. Le urine, emesse in molte volte, sono c. c. 2000, acide, giallo-brune, torbide per urati insoluti, con p. sp. 1016, tenue quantità d'albume, scarsi i cloruri e i fosfati, copiosi tutt'i pigmenti della bile. Vengono ripetute le injezioni sottocutanee di chinina e di muschio, ed i fomenti freddi al ventre.

» *sera*. Temp. 40° C.; Puls. 120; Resp. 30. Segue lo stesso stato; dall'una p. m. alle 6, grande abbattimento e perdita dalla conoscenza, con polsi filiformi. Si rianimano alquanto, dopo una injezione di muschio, che viene ripetuta ancora nella notte. Grande sensibilità quando si palpa sul tumore ventrale di sinistra.

15 *matt.* Temp. 39° C.; Puls. 100; Resp. 26. Miglioria notevole; i polsi regolari, discretamente pieni; la fisonomia serena, animata; l'intelligenza chiara. La pelle è madida. Il dolore, provocato col palpamento, è discreto. Nelle urine, abbondanti sempre i pigmenti biliari, scarso l'albume.

» *sera*. Temp. 39°,8 C.; Puls. 104; Resp. 30. Profuso sudore alle 8 p. m., seguíto da sonno profondo, che si protrae per quasi tutta la notte. Alla mezzanotte temp. 37° C.

16-17 *nov.* L'inferma non accusa altro che dolore al fianco sinistro, quando vi giace sopra o vi si esercita il palpamento; del resto, mangia di buona voglia, evacua normalmente l'alvo, dorme tranquilla nella notte. Persiste la tinta gialla della cute e della sclerotica; ma le urine (in media c. c. 2000) appaiono più chiare, e de' pigmenti biliari non presentano che il terzo (incompleto), e dubbie tracce di bilifulvina; l'albume è affatto scomparso. Il termometro resta fra 37° e 37°,6 C.; pulsazioni 70-78, respirazioni 22-24.

18 *nov.* Nel giorno ricompaiono i dolori spontanei al lato sinistro del ventre, i quali gradatamente aumentano, nel tempo stesso che si accende nuovo processo febbrile, (38°,2 C.), con forte sete e cefalea. Vengono rifatti continui i fomenti ghiacciati sull'addome, poichè ne' due giorni antecedenti s'erano praticati solo per qualche ora. La sera, Temp. 40°,1 C.; Puls. 120; Resp. 28.

19 *nov.* Temp. 39° C.; Puls. 112; Resp. 24. Da violento ch'era iersera, il dolore s'è fatto mite nella notte, ed ora si limita al fianco sinistro ed alla regione lombare corrispondente; la palpazione lo esacerba di molto. Ventre normalmente aperto. Nella sera c'è aggravamento de' sintomi, con Temp. 39°,7 C.; Puls. 104; Resp. 28; ma poi si dileguano prontamente e la inferma si addormenta. È mancato il sudore. Alla mezzanotte, Temp. 36°,8 C.

20 *nov.* Temp. 36°,8; Puls. 72; Resp. 20. Non c'è nessuna sofferenza; però non si può palpare il tumore addominale di sinistra senza destare vivo dolore. Pelle sempre gialla, e più de' giorni scorsi. L'urina addimostra una tinta più carica e la presenza di tutt'i pigmenti della bile, in quantità maggiore de' giorni 14 e 15; vi si riscontra pure la discreta presenza dell'albume.

» *sera.* Temp. 37°,8 C.; Puls. 64; Resp. 20. Nessuna novità. Una evacuazione di feci prosciolte, colorite.

21 *nov.* Temp. 36°,6 C.; Puls. 64; Resp. 20. Nessuna sofferenza, miglioramento notevole. Ventre corretto; urine c. c. 1500, con gli stessi caratteri fisici e chimici di ieri. La sera, Temp. 37°,2 C.

Da questo punto, il miglioramento si fa continuo, e la guarigione non tarda a seguirlo. Già fin da' giorni 23 e 24 novembre si nota che il colorito della pelle va schiarendo, mentre le urine perdono a vista d'occhio quel giallo fosco, che avevano ne' dì innanzi. Il ventre, fatto molle e idolente, lascia comodamente palpare il grosso tumore di sinistra, il quale rimane identico, e nella estensione e nella durezza e nella posizione, a quello che s'era trovato sempre in antecedenza. Anche la mobilità di esso è conservata, ma questa ridotta al *minimum.* Agli inguini è attenuato assai e quasi scomparso lo smorzamento di suono già segnato il giorno 3. In quanto al cuore, il rumore notato è sensibilmente più lieve; la ottusità si trova estesa, all'estremo inferiore sinistro, di due centimetri oltre l'urto della punta, ma si può dimostrare ch'è spostabile con i mutamenti di giacitura della inferma. Dopo un'altra settimana, anche questo versamento pericardiale scompariva, e con esso il rumore di soffio.

Nella prima quindicina del decembre, intanto che la pelle e la sclerotica aveano completamente ripigliato il colorito fisiologico e le urine erano tornate affatto normali [1], la Deluca sofferse una gengivite, che la molestò assai, e pel dolore e

[1] Color giallo paglierino, limpide, acide, p. s. 1016, non contengono albume, nè pigmenti biliari; normali i cloruri e i fosfati; un po' eccedente l'urofeina.

per l'impedimento alla masticazione; ma andato via anche quest'altro patimento, ella si rifece ben presto nelle forze e nella nutrizione, ed il 25 decembre lasciava guarita le Sale cliniche.

§ 3. Chiunque pigli a considerare con sincerità i fatti, che risultano dalla presente storia clinica, non può, credo, allontanarsi da certi confini che il caso stesso impone, molto più se si tien conto, com'è giusto e necessario, della prima storia, discussa ed illustrata due anni avanti.

Guarita dall'amenorrea, la Deluca gode perfetta salute e va a marito, non s'incaricando punto d'un viscere ingrossato e prolassato che da parecchi anni porta senza disturbo alcuno. Un trauma su' genitali interni si fa punto di partenza d'un processo infiammatorio che, mite e locale da principio, si accentua molto e si estende all'ottavo giorno, dopo improvvida trascuranza non solo, ma evidente strapazzo.

L'inferma è accolta in Clinica con tutt'i fenomeni d'una evidentissima peritonite; ma questa peritonite si trova avere il suo massimo nella metà sinistra, o dirò meglio, appare specialmente sviluppata su tutta quella parte della sierosa che involge il grosso viscere di sinistra; il quale, per conseguenza, non può non partecipare, almeno con la sua capsula, al processo infiammatorio. Ora, il riscontrare, dopo due anni trascorsi con lodevole salute, inalteratamente gli stessi i limiti e la posizione de' due visceri ipocondriaci, non ci allontana ma ci riporta e riconferma nel giudizio diagnostico già emesso, di trovarci cioè, in presenza d'una paziente che presenta l'anomalia della trasposizione de' visceri addominali; e da qui la necessaria conseguenza, di ammettere una peri-epatite anzichè una peri-splenite. Ma v'ha di più. Fin dal primo esame, nella Deluca riscontriamo una discreta itterizia; e poichè ella, ne' giorni precedenti, ha sofferto diarrea, la nostra mente richiama tosto il nesso che sì spesso congiunge al catarro intestinale il catarro del condotto coledoco, di modo che la fortuita complicazione d'una leggera itterizia catarrale al processo

di peritonite ci pare evidente. La discreta colorazione delle materie fecali, e sopratutto poi la pronta scomparsa de' pigmenti biliari dalle urine, ci rafforza in tale opinione. Se non che, vinta l'acutezza della infiammazione del peritoneo, in modo da potersi senza recar molestia palpare tutto il ventre, e migliorato sensibilmente lo stato generale della inferma; mentre tutto, in somma, pare che si restituisca al normale; ecco d'un tratto accendersi nuovo ed alto processo febbrile e con esso, senza disturbi ventrali di sorta, svolgersi rapida e profonda itterizia, alla quale si accompagna costante dolore al viscere che giace a sinistra del ventre, dolore che aumenta sotto la palpazione e la cui intensità precede in ragion diretta il maggiore spandimento di bile nel sangue. Poi cessa il dolore, cessa la febbre, diminuisce ed a gradi si dilegua la colemia. Questo fatto si rinnova per due volte identicamente. Da qui la diagnosi nostra, per comprendere e spiegare i fenomeni sopravvenuti con gli ultimi accessi febbrili, subisce una modificazione lieve e non esita ad ammettere, che il processo infiammatorio siasi esteso anche a parte del parenchima epatico. Il sospetto, che i due accessi di febbre stessero in dipendenza del tumore di milza, può balenare alla mente; ma, lasciamo che, nel caso nostro, abbiamo eliminata per mancanza di dimostrazione e di base la infezione malarica; lasciamo che questi accessi non hanno avuto quella impronta caratteristica che distingue gli accessi malarici, mentre ne han presentata una che benissimo si attaglia all'epato-peritonite; lasciamo questo, io dico: ma possiam noi ragionevolmente invocare come causa di essi un tumore di milza appena sensibile e che, si noti bene, *niuna modificazione* presenta col sopravvenire, collo svolgersi e col dileguarsi di questi accessi? Perocchè, non si dimentichi, noi teniamo fermo che la milza giaccia nell'ipocondrio destro, e l'epate nel sinistro. Il criterio *adjuvantibus et laedentibus* ci ha detto poco, ma questo poco va a beneficio del nostro giudizio diagnostico; poichè abbiamo amministrato, è vero, il sale di chinina, ma l'effetto utile ed immediato non veniva all'inferma da esso, bensì da' fomenti ghiacciati, a permanenza sull'addome.

Venuti a tale conclusione col convincimento che derivava dal ragionamento su' fatti osservati, e lasciando fuori discussione la pericardite essudativa, ch'è da ritenere come una accidentale complicanza, noi eravamo sul punto di licenziar guarita la Deluca; allorchè il Dottor Luigi Clarkson, già assistente dell'illustre prof. Carlo Maggiorani nella Clinica di Palermo, ci faceva avvertiti di aver veduta nella stessa Clinica la giovane, nell'anno 1867; e che però doveva esistere la storia della malattia, che certamente era stata redatta.

La inferma, interrogata, confermava la verità di tal circostanza, e dell'avercela taciuta fin allora si scusava dicendo: « Non ho creduto di ricordare que' giorni ch' io stetti qui ricoverata, perchè veramente vi stetti senza febbre e senza sofferenze, ed i Medici mi assicurarono ch' io non avea malattia a proprio dire, ma irregolarità e ritardo nello sviluppo. » Queste parole eccitando vie più il mio desiderio, mi messi a frugare attentamente tra le poche carte che il Maggiorani lasciò in Clinica, dopo la stampa del suo secondo *Ragguaglio;* ed ebbi la singolar fortuna di rinvenirvi quelle riferentisi alla Deluca, le quali sono per noi della più alta importanza.

La paziente entrava nella Clinica Medica il 18 novembre 1867, ne usciva l'8 gennajo dell'anno successivo. Trovo, che le notizie anamnestiche confermano esattamente quelle ch' ho innanzi riferite; ma ci dànno, in più, la certezza che il padre della Deluca fu un beone, che finì con cirrosi epatica; e che la madre, morta proprio in Clinica l'anno avanti, con idrope ascite, aveva mostrato alla necroscopia un'epatite interstiziale tipica; non risulta se anche essa, come lo sposo, si deliziasse con frequenti libazioni a Bacco. Quanto alla nostra malata, trovo ch'ella segnava nettamente al suo 17° anno la comparsa dell'enorme tumore mobile nella metà sinistra dell'addome, comparsa a cui *non precedette nessuna febbre.* Pari data aveva la cefalea a periodi irregolari. La Deluca presentavasi in Clinica per l'amenorrea e per delle febbri erratiche, le quali, diceva, invadevano con brividi di freddo e sete, e dilegua-

vansi in capo a qualche ora senza nessun fenomeno caratteristico. Però questi pretesi accessi febbrili, con identici sintomi, si manifestarono più d'una volta nelle Sale cliniche; e qui fu termometricamente constatato non trattarsi punto di febbre, ma delle cosiddette *vampe isteriche*, affatto subbiettive, perocchè la temperatura non s'elevò mai al di là di 37°,2 C. Con questa larva di piressia si notò, una volta (22 novembre), una manifestazione di ectima alle braccia ed alle mani, leggera e di corta durata. Ma quel che sopratutto interessa, è: che il Prof. Maggiorani, segnata la diagnosi di: *Amenorrea organopatica da sviluppo incompleto dell'utero*, vi aggiungeva, a renderla intera: *Situs inversus viscerum.* Questo giudizio l'illustre Clinico basava sull'esame obbiettivo, praticato il 9 decembre; esame che piacemi di riferir testualmente, per la parte che riguarda il ventre, perchè all'evidenza ci dimostra: che nel 1867, come nel 1873 e nel 1875, la condizione dei visceri addominali nella Deluca *era precisamente la stessa.* Dettava dunque il Maggiorani le seguenti parole:

» Colla percussione, scendendo verticalmente dalla regione sottoclavicolare destra, s'incontra a livello della quinta costa un'ottusità, che si estende in giù per sei centimetri; poi ricomincia suono chiaro, intestinale; e questa ottusità, con la medesima estensione di sei centimetri, va in giro come una zona orizzontale, che circuisce il torace destro dalla linea mammillare alla doccia vertebrale. A sinistra, l'ottusità comincia quasi alla stessa altezza, però si estende in basso nel modo seguente: Sul margine ascellare anteriore principia il suono ottuso dalla quinta costa e va in basso fino a quattro centimetri circa dalla fossa iliaca; nel cavo della ascella, comincia dalla medesima altezza e continua fino a confondersi sotto la cresta dell'ileo; al dorso, ha principio a livello dell'angolo inferiore della scapola e viene in giù fino a confondersi coll'osso iliaco. Percotendo poi sull'addome orizzontalmente per ottenere il confine destro della detta ottusità, troviamo che, all'epigastrio, questo confine è fatto dal margine sinistro della linea alba; a livello dell'ombellico, è invece a destra della stessa linea; più in giù, lungo una linea che passa da una fossa iliaca all'alra, il confine dell'ottusità si inoltra per due centimetri più a destra del suddetto margine destro della linea alba.

» Facendo distendere lo stomaco dall'acido carbonico, il suono chiaro stomacale occupa tutto l'ipocondrio destro, a cominciare dalle quattro ultime coste alse; a sinistra, rimane inalterato il limite del suono ottuso già segnato ».

Manca o andò dispersa, e ce ne duole, quella parte d'esame, che si riferisce a' risultati della palpazione; ma quanto ci resta ed abbiam riportato, è più che sufficiente al nostro bisogno.

Però, a maggiore ammaestramento di noi e ad utilità della scienza, la osservazione clinica dovea completarsi. La giovane sarta non godette la recuperata sanità che per un mese e qualche dì. Il 6 febbrajo 1876, io l'accogliea nuovamente nella *Sala Ingrassia*, che il valente e gentilissimo Direttore della Clinica aveva affidata alle mie cure. Ella mostravasi pallida, accasciata, lagnandosi sopratutto di grande lassezza e facile stanchezza degli arti, ch'erasi manifestata negli ultimi del gennajo, insieme a notevole anoressia. Due o tre giorni appresso aveva avuto un accesso di febbre, uguale in tutto a' due ch'ebbe a soffrire in Clinica due mesi avanti, e con quest'accesso manifestavasi anche questa volta l'itterizia. Dopo il 25 decembre non s'erano più mostrati i flussi catameniali.

All'esame, che praticammo, non ci fu dato di riscontrar differenze degne di nota nella forma, nella posizione e nell'ampiezza de' visceri addominali; solo avvertivasi un po' più di tensione periombelicale, data da sviluppo d'aria negl' intestini tenui. C'era al viscere di sinistra un dolore sordo e continuo, che s'accentuava vivamente con la palpazione. L'alvo normalmente aperto, le feci ben digerite ed a sufficienza tinte dalla bile; le urine di color giallo carico, acide, con p. sp. 1028, davano albume in piccola quantità, copiosa la bilifulvina e l'urofeina, alquanto eccedenti gli urati, normali gli altri elementi. — Dal 7 al 13 febbrajo, le cose procedettero discretamente bene: dolore lieve e solo a larghi intervalli, sempre all'ipocondrio sinistro e qualche volta all'epigastrio; sonno, in generale, tranquillo; funzioni alvine regolari; urine, con presenza di bile e di albume gradatamente minore; il calore fisiologico, oscillante fra 36°,7 e 37°,6; polsi ritmici, moderamente validi, poco frequenti (78-90); però, nella giornata del 14, sopravvennero delle novità, e da questo punto parmi necessario che si abbiano sott'occhio integralmente i diarj della malattia.

14 *febbrajo, matt.* Temp. 38°; Pulsaz. 90; Respir. 24. Da iersera il senso di molestia all'epigastrio, che l'inferma accusava, s'è mutato in dolore piuttosto intenso, che ha vietato il sonno; c'è altresì indolenzimento alle ginocchia, lieve cefalea, sete. Non si sono avuti brividi di freddo.

» *sera.* Temp. 40° C.; Puls. 112; Resp. 32. L'inferma è abbattuta, sonnacchiosa; dice di sentirsi male, di provare molta difficoltà di respiro, fotofobia, forte cafalea. Ha lingua paniosa, gengie tumide e scollate, alito fetido. Palpando sull'epigastrio, si accentua vivamente il dolore spontaneo che la malata vi accusa; sul tumore di sinistra si eccita ancora dolore, ma leggero. Non si riesce a sentire il viscere di destra, per quanto si spingano le dita sotto l'arco costale. Con la percussione si trovano sempre i soliti limiti di ottusità, tanto a destra che a sinistra. L'alvo è normalmente aperto e gli escrementi ben coloriti.

15 *matt.* Temp. 38°,3 C.; Puls. 100; Resp. 32. Sonno breve, interrotto; cefalea come iersera, intelligenza più svelta. Dice l'inferma che si sente un po' migliorata, ma si lagna di bruciore all'epigastrio, dolore ai lombi, offuscamento della vista, sete. La lingua alquanto asciutta, sporca. Le pupille, discretamente dilatate, sono mobili alla luce; la sclerotica si ritrova di un giallo verdino più fosco dei giorni anteriori; così ancora la pelle è più decisamente itterica. Nelle urine trovansi la bilifulvina e la biliverdina in sufficiente copia, scarso l'albume.— Si amministra un grammo di bisolfato di chinina in tre dosi.

» *sera.* Temp. 38°,5 C.; Pulsaz. 100; Resp. 30. Segue nelle condizioni di stamane. S'è avuta una evacuazione ventrale, e le feci sono ben colorate.

16 *matt.* Temp. 37°,5 C.; Puls. 76; Resp. 20. Fino alla mezzanotte soffre per il dolore alla regione epigastrica; poi s'addormenta tranquilla e si sveglia verso le sette. Dice di star meglio assai, perchè in questo momento non la molesta nessun disturbo. Non ha sudato affatto. Palpando sul ventre, solo in corrispondenza dell'ombellico si eccita un po' di dolore, quando, cioè, si viene ad urtare sul margine del viscere solito. L'alvo è chiuso. — Ripete le cartine di chinina.

» *sera.* Temp. 40°,2 C.; Puls. 104; Resp. 34. Dopo mezzodì sopravvengono dei brividi di freddo non forti ma prolungati. La temperatura si eleva tosto, e contemporaneamente ritornano la cefalea ed il dolore epigastrico, con una certa intensità. C'è smania e sete. Il ventre non si può palpare su tutto il lato manco, senza destare gravi sofferenze. L'alito ritorna ad essere cattivo.

17 *matt.* Temp. 39°,8; Puls. 112; Resp. 36. Insonnia nella notte, e delirio ad intervalli; è cresciuta la cefalea, è insoffribile e continuo il dolore alla metà sinistra del ventre, dove non si tollera nemmeno il più lieve contatto. Fisonomia molto abbattuta, polsi compressibili. L'itteriza segue intensa: nelle urine sono copiosi i pigmenti biliari e l'urofeina, ma l'albume non si ritrova più. L'alvo continua a restar chiuso. Ne' punti più declivi del ventre si nota una zona di ot-

tusità, spostabile ne' mutamenti di giacitura della inferma. — Si ripete chinina. Si praticano fomenti freddi al ventre ed alla fronte.

» *sera*. Temp. 40°,2 C.; Puls. 106; Resp. 34. Nel pomeriggio si rinnovano i brividi di freddo, ma sono brevi, e lungo la schiena soltanto: del resto l'inferma si sente più sollevata, ha sofferto assai meno della cefalea e del dolore al ventre, dacchè si praticano le bagnature ghiacciate. Il ventre si può, usando delicatezza, palpare. I polsi sono più gagliardi. Nessuna evacuazione alvina.

18 *matt*. Temp. 37°,5 C.; Puls. 90; Resp. 22. Dalla mezzanotte in poi sonno tranquillo; stamane non c'è sofferenza alcuna. L'itterizia continua nello stesso grado; nelle urine seguono nella stessa proporzione i pigmenti biliari; le feci, che l'inferma stamane ha fatte, appaiono ben digerite e ben colorite. Il ventre, palpabilissimo, lascia apprezzare i visceri, che si ritrovano sempre nelle condizioni di prima. — Si ripetono le cartine di chinina ed i fomenti freddi al ventre.

» *sera*. Temp. 37°,5 C.; Puls. 90; Resp. 22. L'inferma dice che sta meglio assai; nel giorno non ha avuto disturbi di sorta, ed ha mangiato.

19-28 *febbrajo*. In questa decade non si hanno punto sofferenze; torna fisiologico l'appetito, le evacuazioni sono regolari in tutto; la pelle si schiarisce visibilmente, e le urine non presentano più nè albume, nè pigmenti biliari; polsi, respiro, temperatura (36°,6—37°,6 C.) non lasciano a desiderare di meglio, e l'inferma, che segue intanto a pigliare cotidianamente del chinino, conta già di restituirsi presto in famiglia.

1° *marzo, matt*. Temp. 37°,7; Puls. 88; Resp. 24. Svegliandosi, accusa malessere, dolore a' reni ed al quadrante inferiore sinistro dell'addome. Poco dopo, avverte de' lievi brividi di freddo. Prende il solito sale di chinina (centigr. 50).

» *sera*. Temp. 40°,4 C.; Puls. 108; Resp. 32. Verso le 11 a. m. i brividi si mutarono in freddo intenso, ma di corta durata, al quale s'accompagnò vomito delle materie alimentari prese a colazione. Subentrò tosto febbre alta (40°,2 C.) e dolore all'ipocondrio sinistro. Stasera c'è gran sete, e sopratutto dolore a' lombi ed al quadrante inferiore sinistro del ventre. Comincia anche una molesta cefalea. Lingua arida, rossa; pelle urente.

2 *matt*. Temp. 40° C.; Puls. 106; Resp. 30. La cefalea frontale è sì intensa, che riesce insoffribile e richiama tutta l'attenzione della malata, la quale dice che non avverte nemmeno il dolore del ventre, che non ha dormito punto, che prova grande arsione alle fauci. La pelle è arida. Ricompaiono de' brividi di freddo. Alvo chiuso. Le urine scarse, di color giallo arancio, fortemente acide, con p. sp. 1028, albume discreta quantità, fosfati scarsissimi, cloruri scarsi, notevole presenza di tutt'i pigmenti della bile, urofeina eccedente. — Si ripete il chinino, elevandone ad un grammo la dose, e mezzo grammo se ne injetta sotto la pelle; — si applicano delle compresse ghiacciate alla fronte ed al ventre.

» *sera*. Temp. 39°,7 C.; Puls. 112; Resp. 32. Grande ambascia e smania per

tutto il dì; sofferenze atroci a causa della cefalea, che non s'è modificata con le continue bagnature fredde. Sete continua; il brodo, e così le cartine di chinina, vengono rigettati col vomito, che si provoca non appena giungono nello stomaco. Ora, l'inferma giace alquanto abbattuta e con testa sì confusa, che arriva qualche volta a scambiare le persone astanti, per altre. Presenta congiuntive injettate, pupille regolarmente aperte e mobili; ma tollera poco la luce. Il polso è ampio e duro; la pelle urente. L'addome si può palpare in ogni parte, senza che l'inferma dimostri di risentirsene grandemente; ne' punti declivi ed in ispecie alle fosse iliache si ritrova sempre quella ottusità spostabile, che fu notata due settimane addietro. Nessuna evacuazione ventrale.

3 *matt.* Temp. 40° C.; Puls. 118; Resp. 36. Tutta la nottata passa con irrequietezza e continuo mutare di giacitura; la sete è stata inestinguibile; s'è rinnovato più volte il vomito, sempre subito dopo preso il brodo o il chinino o anche l'acqua. Ora l'inferma tiene gli occhi chiusi, risponde appena, e dice che prova brividi di freddo; e di fatto, dopo un momento le membra sono invase da tremore. Il palpamento, praticato sull'addome, provoca dolore notevole su la metà sinistra, niente a destra. La sclerotica si presenta di un giallo più intenso de' giorni passati; non si possono analizzare le urine perchè disperse con le feci fatte questa mattina, le quali sono poltacee, di colorito giallo carico. — Si rinnovano i fomenti ghiacciati sul ventre.

» *sera.* Temp. 40° C.; Pulsaz. 108; Respiraz. 36. Nel giorno si sono praticate due injezioni sottocutanee di bisolfato di chinina (centigr. 50 per una), ed una terza di acetato di morfina (centigr. 1). L'inferma è un po' più calma, ma resta sempre nelle stesse condizioni di stamane; ha farneticato ad intervalli, ha rifiutato gli alimenti, ingoiando solo con avidità l'acqua. Non ha vomitato più. Esplorando il ventre, troviamo stasera ch'è sensibilissimo dapertutto ed ugualmente a sinistra ed a destra. I polsi sono depressi.

4 *matt.* Temp. 38°,3 C.; Puls. 128; Resp. 36. La irrequietezza e la smania della notte sono state indicibili; si è lamentata di fortissimo dolore a tutto l'addome, ed ha continuamente rimosso da questo le pezzuole ghiacciate ed il lenzuolo, dicendo non poterli tollerare. La sete ardente; non c'è stato più vomito. Ha vaneggiato la più parte della notte.

Stamane la faccia è contraffatta e pallidissima, pavonazze le labbra, fredde le estremità ed alquanto cianotiche. Le pupille contratte, poco mobili. I polsi frequenti, filiformi, ma ritmici. L'inferma, chiamata, risponde precisa e mostra di essere affatto presente a sè; dice che sta male, che il dolore a tutto il ventre è insopportabile, che ha continua voglia di mingere ma che in tutta la notte non è riuscita a fare una goccia di urina, ed introdotto il catetere in vescica, non se ne estraggono che un 50 grammi, che sottoposta ad analisi dà: Colore giallo carico, reazione acida, p. sp. 1026, albume scarsa quantità, pigmenti biliari piuttosto abbondanti, urofeina abbondante, fosfati assenti, cloruri scarsi.

Il ventre si presenta più depresso de' giorni passati: la consistenza del tumore, che giace a sinistra, nella sezione inferiore è fatta minore, ed anche il limite inferiore si riscontra più in alto che fino ad ieri non era; in somma, la massa di questo tumore sembra sensibilmente diminuita, secondo ci risulta anche dalla percussione. Tutto ciò, per quanto può dirci un esame fatto fra le più vive sofferenze della paziente. — Si praticano, ad intervallo di un'ora, due injezioni sottocutanee di morfina (centigr. uno per volta) e si continuano le applicazioni fredde sul ventre.

» *ore 12 m.* La faccia è ippocratica; bocca ed occhi semiaperti, pupille ristrette, immobili, le congiuntive d'un color giallo canario. Il polso impercettibile; il respiro affrettato, a sbalzi; ad ogni inspirazione le pinne nasali si abbassano; tutto il corpo è sensibilmente freddo.

» *ore 2 p. m.* Morte.

Innanzi di recarci al tavolo anatomico, abbiam voluto riandar con la mente il decorso di quest'ultimo periodo della malattia e domandarci se nessuna perplessità ci lasciasse la diagnosi già stabilita. Ma, quale differenza o modificazione trovavamo noi tra la forma morbosa che ci si era presentata ora, e quella di due mesi innanzi? Certo, nessuna; e lo stato de' visceri addominali, ed il quadro sintomatologico si mostrarono identici. Era, dunque, indubitato per noi che, come conseguenza della peritonite, che prese mossa dagli organi genitali, si era venuti successivamente ad un processo di peri-epatite e di epatite interstiziale, tuttavia al primo stadio; e con tale processo noi ci spiegavamo tutt' i fenomeni che s'erano andati svolgendo sotto i nostri occhi; così ancora era indubitato per noi, che ci fosse la trasposizione de' visceri addominali; e tanto nell'una che nell'altra diagnosi persistemmo, aspettandone la conferma dal reperto anatomico. Il qual reperto è il seguente:

Necroscopia, eseguita 25 ore dopo la morte.

Numerose chiazze verdi-paonazze su tutta la superficie del corpo; la faccia, il collo, la parte sinistra del ventre sono lividastre. Rigidità cadaverica scomparsa.

Aperta la cavità del ventre, si nota, tra la linea mediana e l'ipocondrio sinistro, parte di quel tumore che fu più volte constatato e limitato durante la vita, in quell'istessa direzione ed in quella forma in cui venne designato; rappresenta la parte

inferiore della milza, mentre la parte superiore si approfonda nel cavo vertebrale. Sospinto in alto questo viscere, nella positura che dovea tenere so stenuto dalle pareti ventrali prima che queste si sezionassero, viene a figurarsi un'area irregolare, oblunga, con un margine, che partendo dall'arco costale sinistro, fiancheggia la linea alba e da qui decorre leggermente inarcato in corrispondenza di una tangente alle due creste iliache.

Estratta e guardata in complesso, questa milza presenta una forma che somiglia molto a quella del fegato normale ma in senso inverso, cioè, col grosso lobo a sinistra e col piccolo lobo a destra (v. *Tavola XIX*); ha la maggior lunghezza di centim. 34, la maggior larghezza di centim. 17; de' due estremi, l'uno, il superiore, è largo centim. 10, l'altro centim. 7. Spessore massimo: centim. 6; agli apici, centim. 3. Peso: grammi 1500. Il bordo tondeggiante, duro dapertutto, salvo nell'estremo inferiore, dove è molliccio; presenta, dal lato interno che costeggiava la linea alba, tre insolcature ben distinte. La capsula è dura, di apparenza perlacea in parte, ed in parte rosso-paonazza; la polpa color feccia di vino, diffluente solo verso la punta inferiore; nella parte media e superiore il tessuto è più resistente.

Nella cavità del ventre si contengono circa 2000 grammi di liquido color citrino, con qualche fiocco biancastro, che analizzato, dà reazione alcalina e presenta molta copia d'albume. La superficie peritonale è ricoperta a larghi tratti, specialmente a sinistra, da pseudomembrane, alquanto tenaci alcune, altre molli.

Il fegato si ritrova profondamente collocato sotto la volta diaframmatica, e solo per breve tratto tocca il costato destro, dalla linea ascellare anteriore alla emidorsale. Il lobo sinistro, che rimane meno superficiale del destro, viene ad avvicinarsi in parte alla milza, la quale lo incontra ad angolo ottuso; nella linea mammillare risiede circa tre dita più in alto dell'arco delle coste. Tutta la superficie di quest'organo è di color carnicino, granulosa: le granulazioni sono in massima parte dell'ampiezza d'una lenticchia, e le maggiori, di quella d'un grano di cece; la consistenza straordinariamente accresciuta, il margine acuto. La superficie istessa è sparsa di macchie biancastre, corrispondenti agli addensamenti della capsula, in ispecie sul lobo destro ed ai lati del ligamento falciforme; anche la consistenza è più notevole nel lobo destro. Il diametro trasverso complessivo del viscere è di centim. 26, la estensione del lobo destro è centimetri 12, del lobo sinistro centim. 10; lo spessore è di centim. 4 in quest'ultimo, di centim. 6 in quello. Peso: grammi 1070. In blocco, si presenta di figura tondeggiante, con lieve rientramento a' due lati, verso la sua metà (v. *Tavola XX*).

Sezionando il viscere in diversi punti, stride sotto il taglio e presenta una superficie asciutta, del colore di terra gialla, intersecata da strisce e da punti biancastri. La vena porta apparisce della grandezza ordinaria, fin dove si riesce ad esplorarla, anche nelle ultime diramazioni.

Le ovaje appariscono nella superficie sparse di piccolissime cisti; sezionate,

dànno luogo ad una cavità, capace di contenere una noce comune, che si trova ripiena d'una materia poltacea rosso-scura. La struttura della ovaja è irriconoscibile. L'utero, di grandezza fisiologica, non presenta nulla di anormale nella cavità e nelle pareti. Le trombe impervie.

I reni d'un colorito rosso-bruno, hanno la sostanza midollare e corticale a sufficienza distinte; il volume ne è normale; la capsula si distacca facilmente.

Lo stomaco vuoto, un po' ristretto, con mucosa lievemente iperemica ma integra. Nel duodeno un po' di bile; lo sbocco del condotto coledoco è pervio.

Niente di notevole a' polmoni.

Il cuore nella sezione sinistra è un po' più grosso del normale; le pareti del ventricolo sinistro misurano in media centim. 1,5. Gli apparecchi valvolari sono perfettamente intatti. La circonferenza dell'aorta, poco al disopra dell'orificio, raggiunge 70 millimetri. Nel pericardio si contengono da 10 a 12 grammi di liquido citrino; la superficie interna di questa membrana ha l'aspetto ordinario, salvo in qualche punto, dove si osserva qualche sottile briglia od un tenue opacamento.

Aperto il cranio, trovansi le meningi alquanto iperemiche, la sostanza cerebrale con punteggiature rosse discretamente numerose; la consistenza e la forma delle varie parti del cervello non presentano nulla di anormale.

Varj tagli microscopici, fatti su punti diversi del fegato, mostrano costantemente ed ugualmente, così nel lobo destro come nel sinistro, il tessuto connettivale sviluppatissimo e prevalente, che avvolge le cellule epatiche e le comprime ed altera sì, che la sostanza ne è poco riconoscibile (v. *Tavola XXI*). Nella milza, nulla di speciale si riscontra, eccetto d'un ingrossamento abbastanza notevole della capsula fibrosa.

§ 4. Come ognun vede, l'autopsia ci ha rivelato un errore diagnostico; ma dobbiamo dircene ben lieti, se appunto da esso ci vengono nuovi e notevoli ammaestramenti; i quali m'industrierò di considerare e di svolgere, ad utilità della scienza, più che a giustificazione della sbagliata diagnosi.

La necroscopia ha, dunque, messo in chiaro i seguenti fatti:

a) I visceri addominali nella ordinaria loro sede;

b) Un'epatite interstiziale avanzata, allo stadio, cioè, di raggrinzamento;

c) Un enorme tumore di milza;

d) Un'ooforite di non lontana data;

e) I vestigi di precessa infiammazione nel peritoneo e nel pericardio.

Dalla storia clinica risultano evidenti, e il principio e la estensione e la durata del processo infiammatorio che colpì le ovaje, il peritoneo, il pericardio; per lo che, niente è da aggiungere a quanto innanzi fu detto in proposito, durante la vita della Deluca, salvochè la osservazione: che quel po' di sangue che fluì da' genitali il 25 decembre 1875 (quando la giovane si licenziava dalla Clinica) non deve interpretarsi come ripristinamento del flusso mestruo, perocchè le ovaje dovevano a quel tempo essere di già sì alterate, da riescire affatto impossibile la loro funzione fisiologica.

Su la sede de' visceri dell'addome si discorse a sufficienza quando esaminammo la prima volta la Deluca; vi tornammo su ripetutamente nelle ulteriori osservazioni, rifacendo con accuratezza gli esami; ma nessuna differenza di risultato ritrovammo giammai, e sempre ci imponevano quelle due aree di ottusità, che raffiguravano precisamente e per volume e per forma i due visceri ipocondriaci, con questo però, che quella che aveva apparenza di milza, stava a destra, orizzontalmente situata dalla linea ascellare alla doccia vertebrale; mentre stava a sinistra quella che aveva apparenza di fegato, solo che questa, invece d'esser collocata orizzontale, scendeva obliqua, in maniera che l'apice del piccolo lobo veniva a destra della linea alba poco sotto l'ombelico; però con appropriata manovra si poteva quest'apice riportare in su fino all'epigastrio, e in tale posizione non lasciava l'intera area a ridire perchè fosse giudicata sicuramente l'area epatica. La necroscopia, mettendoci sott'occhio la posizione e la figura precisa de' due visceri (v. *Tavole XIX e XX*), ha giustificato abbastanza il nostro giudizio, che risultava dalle ricerche obbiettive; ma qualcosa ancora, a proposito di queste, è da tener presente. Non potè mai col palpamento raggiungersi il bordo del viscere di destra, che veniva e mascherato in parte, e spinto più in alto e più in dietro dalla massa degl'intestini, i quali s'erano agglomerati nella parte superiore e destra, per dar posto al tumore che occupava tutta la metà sinistra. Al contrario, potevamo abba-

dànno luogo ad una cavità, capace di contenere una noce comune, che si trova ripiena d'una materia poltacea rosso-scura. La struttura della ovaja è irriconoscibile. L'utero, di grandezza fisiologica, non presenta nulla di anormale nella cavità e nelle pareti. Le trombe impervie.

I reni d'un colorito rosso-bruno, hanno la sostanza midollare e corticale a sufficienza distinte; il volume ne è normale; la capsula si distacca facilmente.

Lo stomaco vuoto, un po' ristretto, con mucosa lievemente iperemica ma integra. Nel duodeno un po' di bile; lo sbocco del condotto coledoco è pervio.

Niente di notevole a' polmoni.

Il cuore nella sezione sinistra è un po' più grosso del normale; le pareti del ventricolo sinistro misurano in media centim. 1,5. Gli apparecchi valvolari sono perfettamente intatti. La circonferenza dell'aorta, poco al disopra dell'orificio, raggiunge 70 millimetri. Nel pericardio si contengono da 10 a 12 grammi di liquido citrino; la superficie interna di questa membrana ha l'aspetto ordinario, salvo in qualche punto, dove si osserva qualche sottile briglia od un tenue opacamento.

Aperto il cranio, trovansi le meningi alquanto iperemiche, la sostanza cerebrale con punteggiature rosse discretamente numerose; la consistenza e la forma delle varie parti del cervello non presentano nulla di anormale.

Varj tagli microscopici, fatti su punti diversi del fegato, mostrano costantemente ed ugualmente, così nel lobo destro come nel sinistro, il tessuto connettivale sviluppatissimo e prevalente, che avvolge le cellule epatiche e le comprime ed altera sì, che la sostanza ne è poco riconoscibile (v. *Tavola XXI*). Nella milza, nulla di speciale si riscontra, eccetto d'un ingrossamento abbastanza notevole della capsula fibrosa.

§ 4. Come ognun vede, l'autopsia ci ha rivelato un errore diagnostico; ma dobbiamo dircene ben lieti, se appunto da esso ci vengono nuovi e notevoli ammaestramenti; i quali m'industrierò di considerare e di svolgere, ad utilità della scienza, più che a giustificazione della sbagliata diagnosi.

La necroscopia ha, dunque, messo in chiaro i seguenti fatti:

a) I visceri addominali nella ordinaria loro sede;

b) Un'epatite interstiziale avanzata, allo stadio, cioè, di raggrinzamento;

c) Un enorme tumore di milza;

d) Un'ooforite di non lontana data;

e) I vestigi di precessa infiammazione nel peritoneo e nel pericardio.

Dalla storia clinica risultano evidenti, e il principio e la estensione e la durata del processo infiammatorio che colpì le ovaje, il peritoneo, il pericardio; per lo che, niente è da aggiungere a quanto innanzi fu detto in proposito, durante la vita della Deluca, salvochè la osservazione: che quel po' di sangue che fluì da' genitali il 25 decembre 1875 (quando la giovane si licenziava dalla Clinica) non deve interpretarsi come ripristinamento del flusso mestruo, perocchè le ovaje dovevano a quel tempo essere di già sì alterate, da riescire affatto impossibile la loro funzione fisiologica.

Su la sede de' visceri dell'addome si discorse a sufficienza quando esaminammo la prima volta la Deluca; vi tornammo su ripetutamente nelle ulteriori osservazioni, rifacendo con accuratezza gli esami; ma nessuna differenza di risultato ritrovammo giammai, e sempre ci imponevano quelle due aree di ottusità, che raffiguravano precisamente e per volume e per forma i due visceri ipocondriaci, con questo però, che quella che aveva apparenza di milza, stava a destra, orizzontalmente situata dalla linea ascellare alla doccia vertebrale; mentre stava a sinistra quella che aveva apparenza di fegato, solo che questa, invece d'esser collocata orizzontale, scendeva obliqua, in maniera che l'apice del piccolo lobo veniva a destra della linea alba poco sotto l'ombellico; però con appropriata manovra si poteva quest'apice riportare in su fino all'epigastrio, e in tale posizione non lasciava l'intera area a ridire perchè fosse giudicata sicuramente l'area epatica. La necroscopia, mettendoci sott'occhio la posizione e la figura precisa de' due visceri (v. *Tavole XIX e XX*), ha giustificato abbastanza il nostro giudizio, che risultava dalle ricerche obbiettive; ma qualcosa ancora, a proposito di queste, è da tener presente. Non potè mai col palpamento raggiungersi il bordo del viscere di destra, che veniva e mascherato in parte, e spinto più in alto e più in dietro dalla massa degl'intestini, i quali s'erano agglomerati nella parte superiore e destra, per dar posto al tumore che occupava tutta la metà sinistra. Al contrario, potevamo abba-

stanza bene determinare ed apprezzare il margine destro del tumore di sinistra; ma non ci riuscì mai di sentirne le incisure, perocchè queste venivan giusto a trovarsi dietro al muscolo retto sinistro, il quale contraendosi ci vietava un apprezzamento rigoroso in quel breve tratto del margine. E non basta: la prova, ripetutamente fatta per conoscere la posizione dello stomaco, la quale a noi diede risultato incerto o negativo, parve di aver dato risultato convincente al Prof. Maggiorani, al 1867. Che più? I fenomeni clinici, che si svolsero sotto i nostri occhi, non potevano che recar nuovi argomenti alla stabilita supposizione: difatti, ripetutamente vedemmo riacutizzare il processo morboso, e ciascuna volta il dolore sul viscere che giaceva a manca accompagnossi costante, e col dolore, e in ragione diretta di esso, manifestavasi o accrescevasi la colemia.

Questi fatti, messi in rapporto con la storia della malattia, che conoscevamo intera, trovavano comoda e naturale spiegazione ammettendo la trasposizione de' visceri addominali. Esclusa questa, dovevamo necessariamente dar di capo nella cirrosi di fegato pervenuta all'ultimo stadio, cui s'accompagnava tumore enorme di milza. Ma come accogliere una supposizione siffatta, quando ci facevan difetto le basi più certe e più stabili, le condizioni speciali e costanti per una diagnosi diretta di tal malattia?

E di fatto: la Deluca perviene sino a' 17 anni sanissima, quantunque non offra uno sviluppo corporeo de' più prosperi e non sia ancor mestruata. A quest' epoca, cioè nell' anno 1864, vede comparire e gradatamente aumentare il tumore nella parte sinistra del ventre; e ciò nella assenza completa di disturbi od alterazioni della salute generale, se pur non vogliansi considerar come tali quegli accessi irregolarmente periodici di cefalea, che giusto allora si iniziarono. Ma... e le cause morbose determinanti dell'epatite fibrosa? Mancano affatto. La giovane non ha soggiaciuto all'azione lenta e continua dell' infezione palustre, che nelle nostre contrade, fuor d'ogni dubbio, è la causa efficiente più co-

mune della cirrosi epatica [1];—ella, non che l'abuso, non ha neppur avuto l'uso degli alcoolici: e giova ricordare in proposito il fatto, che in Clinica ella pigliava con ripugnanza e « come necessaria medicina » il vino Marsala, che noi le apprestavamo;—ella non ha neanche abusato di sostanze aromatiche e piccanti di nessuna specie;—ella non porta tracce di sofferta sifilide, nè dai genitori aveane ereditato;—ella, in fine, e per l'età e per il sesso non prestava certo le condizioni più favorevoli allo sviluppo del morbo in parola.

Non meno incerta e deficiente che l'etiologia e patogenesi troviamo la sintomatologia. Mettiamo da canto il primo stadio del male, che decorre subdolo il più delle volte e non avvertito, e consideriamo il secondo, al quale la nostra inferma era già pervenuta da un pezzo. E bene: che segni, proprio positivi, ritroviam noi che ce lo indichino? A' fatti fisici relativi a' due visceri ipocondriaci non occorre tornare. Il tubo gastro-intestinale funziona ottimamente per tutto il lungo periodo della malattia, senza dare mai il menomo indizio di alterazione o di stasi, neppur alle vene emorroidarie. L'idrope ascite non comparisce, non dico considerevolissima e stabile come suole, ma neppure in lievi proporzioni e transitoria; e se un discreto versamento peritoneale ci si presenta, questo consegue ad un processo infiammatorio acuto del peritoneo, e però ad esso devesi attribuire; giudizio, questo, che riceve poi la sanzione del reperto necroscopico. E la evidente rete venosa superficiale del ventre e de' fianchi, ed il famoso *caput Medusae*, dove sono? E dove lo smagrimento note-

[1] Non senza ben fondata ragione affermo, la *causa malarica* tenere il primo posto, nel nostro paese, nell'etiologia della epatite interstiziale atrofica. Fra 193 casi di questa, ch'io ho potuto accuratamente studiare, 113 erano effetto, senza alcun dubbio, della malaria cronica; 51 stavano in nesso accertato con l'alcoolismo; in 14 avevano agito contemporaneamente la malaria e l'alcoolismo; in 5, il processo cirrotico avea preso le mosse da colelitiasi; in 10, non si potè rintracciare causa alcuna. Ho già detto altrove, quanto devesi al Tommasi (Salvatore) ed al Cantani per assodare questo punto della etiologia della cirrosi epatica.

vole e progressivo? E dove la significante e costante alterazione delle emasie, la cachessia insomma?

Di fronte a questi fatti negativi ne stanno, a dire il vero, altri positivi, che hanno un valore certamente, ma che da soli non potevano condurci ad una diagnosi sicura.

Questi fatti, osservati or più or meno per il corso d'un decennio, sono: Deficienza e ritardo nello sviluppo corporeo; nutrizione, in generale, povera, e solo e temporaneamente lodevole dopo la cura co' ferruginosi e co' tonici; eccedenza costante, benchè punto eccessiva, de' globuli bianchi del sangue; mucose gengivali sempre tumide, staccate dal colletto dei denti e facili alle emorragie ed alle infiammazioni; frequente epistassi; poca energia e facile lassezza de' membri; insufficienza ed irregolarità nelle funzioni uterine, che si manifestarono tardive; ricorrente itterizia, nell'ultimo periodo; eccedenza costante dell'urofeina nelle urine, e presenza transitoria di albume non legata a lesione renale. Or, domando io: È egli consentito di fare una diagnosi, non dico diretta, ma di eliminazione, ma di probabilità, su questi soli fatti, positivi si, ma non capitali e non esclusivi della cirrosi epatica? e quando altri, evidentissimi secondo tutte le apparenze, vi si impongono costantemente? e quando la etiologia stessa vi dà risposte negative, anzi contrarie? Noi, certo, non abbiamo trascurato di prendere in considerazione questi fatti; ma, vagliandoli, il ragionamento ci portava a metterli in rapporto e con quelli della infermità acuta, che costrinse la Deluca a ricoverare nella Clinica, e con le meschine condizioni sociali de' genitori di essa, i quali, portando per di più il tristo fardello dell'alcoolismo, non potevano certo dare alla figlia una costituzione forte ed un sangue ben fatto.

Poichè, dunque, le nostre conclusioni derivavano da fatti e da fenomeni, che interpretavamo secondo le leggi naturali di costanza e di probabilità, dobbiamo noi rammaricarci se abbiamo errato (ed errammo anche in buona compagnia), quando essi fatti e fenomeni non hanno seguíto la consueta maniera di esplica-

zione? Tutt'altro! L'amor proprio non prova mortificazione, ma si rallegra, quante volte può giungere allo scoprimento ed apprendimento d'una verità, che si presenta con inusitate e non sospettate apparenze; e però noi, con piacere, ci rivolgiamo indietro un momento, per ispiegarci e mettere in rapporto i fenomeni osservati durante la vita della Deluca e le lesioni riscontrate dopo la morte, sì che in altra occasione possano essi, anche come fatto eccezionale, esser tenuti presenti.

Assodiamo, anzitutto, la data a cui si può riportare il secondo stadio (di raggrinzamento) della epatite interstiziale. Con probabilità, possiamo indicare l'anno 1864, quando, cioè, si manifesta visibilmente il tumore addominale a sinistra; con certezza, però, dobbiamo segnare il novembre 1867, quando il prof. Maggiorani pratica un esame rigoroso della inferma e viene alla diagnosi di *situs inversus viscerum*. In tutto questo lungo periodo, di otto anni e quattro mesi per lo meno, è certo che le condizioni de' visceri addominali non cambiarono per niente, nè pe' rapporti reciproci nè pel volume; e la vita della Deluca si svolgeva abbastanza discretamente, ed avrebbe continuato a svolgersi forse per qualche tempo ancora, se quella specie d' equilibrio funzionale dell'organismo, che evidentemente esisteva, non fosse stato rotto dalla malattia acuta che pose sede nella cavità dell'addome. Quest' è, a mio vedere, un fatto della più alta importanza; perchè se Patologi e Clinici affermano unanimamente, che il corso d'una cirrosi epatica è per solito lungo, questa lunghezza, che io sappia, non s'è ritenuto che possa oltrepassare il periodo di pochi mesi o di un anno e qualche mese al più. E si badi, in questo periodo viene incluso il primo stadio (ipertrofico) della malatia; ma la durata del secondo (atrofico) viene ristretto entro i limiti di pochi mesi, perchè sono tali ordinariamente i disturbi ed i guasti da esso arrecati all'organismo, che è necessità che questo soccomba. La durata più lunga della epatite interstiziale allo stadio d'atrofia ch' io ricordi, è di 14 mesi, ed ebbi ad osservarla in persona di tal Francesco Tarantino, di anni 39, da Palermo, che dimorò

nella Clinica Medica per tutto l'anno 1879 e vi morì poi nelle vacanze, dopo ben ventinove paracentesi, con estrazione, per ciascuna volta, di circa a 15 litri di liquido peritoneale! Ignoro se casi di maggior durata sieno stati da altri veduti; ma ad ogni modo, sarà ben difficile che alcun altro se ne riscontri che possa venir a paro con questo singolarissimo della Deluca. Come poi, in questa giovane, una sì estesa alterazione riuscisse compatibile con la vita, non è agevole cosa lo spiegare con tutta precisione. Dobbiamo supporre che qualche piccolo tratto, che varj e sparsi gruppi di cellule epatiche funzionassero regolarmente o quasi, perchè le funzioni emato-pojetiche si compiessero, scarsamente ed insufficientemente se si vuole, ma pur tanto, quanto era compatibile col proseguimento della vita. Non debbo trascurare, però, di richiamar il fatto già notato che, cioè, con le minute ricerche microscopiche il fegato si trovò ugualmente e profondamente alterato per tutta la estensione; e quindi è da ritenere anche, che le altre glandole emo-pojetiche supplissero in parte, con la maggiore loro attività, alla funzione epatica mancante. Quanto, poi, all'ostacolo nella circolazione addominale che doveva essere necessaria conseguenza della sclerosi epatica, noi troviamo ch'esso non s'è manifestato altronde che nell'enorme tumore lienale, mentre non si ebbe affatto nè circolo venoso esterno sviluppato, nè segni di stasi alcuna interna, e molto meno versamento libero nel peritoneo. Come questa e sì completa eccezione siasi verificata non è difficile spiegare, quando ci richiamiamo alla mente: da una parte, la permeabilità completa, fin nelle ultime diramazioni, che ritrovammo nei rami della porta; e dall'altra, le vene porte accessorie, che così egregiamente ha illustrate il Sappey, e la cui funzione suppletoria, oggidì non messa in dubbio da nessuno, era nella nostra inferma evidentemente molto attiva.

Durante l'acutezza del male, e massimamente nelle maggiori esacerbazioni, noi vedemmo comparire e distintamente esasperarsi il dolore sul viscere che stava a sinistra del ventre, ed in coincidenza con esso accentuarsi l'itterizia e manifestarsi l'albuminu-

ria. E bene: questi fenomeni, già da noi erroneamente interpretati, ora, dopo i risultati necroscopici, dobbiamo di necessità rimettere a posto, collegandoli all'inceppamento maggiore che facevasi al circolo addominale, in quegli acutizzamenti ed aggravamenti della malattia.

Agli altri fenomeni, poi, che accompagnarono l'ultima fase di essa malattia, e che s'erano in parte mostrati anche nei peggioramenti anteriori, non occorre ch'io dettagliatamente mi fermi; anzi, mi basta di averli solo accennati, poichè riesce chiaro ad ognuno che sieno i naturali compagni ed ordinarj dei due processi morbosi (l'acuto ed il cronico) giunti all'estremo periodo.

§ 5. Ed ora, ci domandiamo: A quale causa devesi ascrivere questa epatite interstiziale atrofica? Posciachè le note e più comuni ci mancano, dobbiamo noi relegarla fra le ignote, come in patologia si fa d'ordinario? O perchè non possiamo domandar noi questa causa alla eredità? O perchè la epatite, come altre molte malattie, anzi, come la disposizione a certe affezioni epatiche (ad esempio, la colelitiasi) non può essere anch'essa ereditaria? Che la eredità dispieghi una grande influenza nella litiasi biliare, è stato sostenuto con validi argomenti di fatto da Petit, Villemin, Budd, Fauconneau-Dufresne, Senac, Dujardin-Beaumetz, ecc.; però nella letteratura medica, che io ricordi, non sono a mia notizia casi di osservazione che possano giustificare il mio assunto, che anche la epatite, cioè, segua talvolta la stessa influenza. Ma che perciò? Io ricordo sempre un dotto e distinto pratico di Borgetto, il Dottor Vincenzo Di Marco, il quale si diceva convinto della ereditaria trasmissione della cirrosi epatica; ed in proposito mi rammentava, tra le altre, la storia d'una famiglia operaja borgettana, nella quale padre e madre, solenni beoni e morti entrambi per questa malattia, lasciarono quattro figlioli, che a breve intervallo ed in giovanissima età finirono pur essi per cirrosi di fegato tutti, senzachè avessero neppur usato di alcoolici, nè frequentato mai località paludose. Io ho poi

sott'occhio la storia clinica di tal Filippo Barbára, fallegname palermitano d'anni 18, ch'io visitava il dì 7 novembre 1879, malato di epatite interstiziale al periodo d'atrofia, con versamento copioso addominale e con tutt'i sintomi più spiccati della malattia, la quale durava da un anno ed avea già dato luogo a tre paracentesi. Dalle accurate ricerche anamnestiche m'è risultato, che il Barbára non bevea vino nè altri liquidi spiritosi, non usava aromi, non aveva mai sofferto infezioni di malaria nè di sifilide; ma ho trovato, ch'ebbe a padre quel Francesco Barbára, grande beone, che morì di 53 anni nella Clinica Medica di Palermo, nel marzo 1871, con cirrosi di fegato; e che la sua madre, molto amica pur essa del vino, era vivente, ma già inferma di *delirium tremens*.

Rammento anche una fanciulla di 6 anni, Maddalena Tantillo da Palermo, la quale presentossi all'ambulatorio della Clinica Medica il 5 decembre 1880, affetta da cirrosi di fegato all'ultimo stadio, con idrope ascite considervole, rete venosa delle pareti addominali assai ricca, itterizia, dimagramento eccessivo e cachessia. Or bene, secondo le precise notizie fornite dalla madre, questa fanciulla proveniva da genitore, solito a passare i suoi giorni in perenne ubbriachezza e morto poscia di sclerosi epatica, ed era stata concepita sei mesi innanzi ch'egli morisse, quando, cioè, la malattia aveva cominciato a dar luogo al versamento peritoneale.

Duolmi senza fine ch'io non abbia potuto tener dietro nè al Barbára nè alla Tantillo, e per istudiarli più completamente, e per eseguirne poi l'autopsia; ma non per ciò resta menomata la importanza delle osservazioni cliniche, e parmi ch'io possa ragionevolmente invocarle in sostegno della tesi mia.

La quale, se ben si considera, non è poi così inammissibile come a prima giunta può per avventura estimarsi. Se un padre, nelle cui vene circola un sangue che ha subíta la lenta intossicazione dell'alcool, può col suo germe trasmettere, e trasmette in fatto, la degradazione materiale e morale dell'individuo e della specie; se può trasmettere, e trasmette in fatto, una fiacca fibra,

che presto si disfà al primo o minimo contatto de' morbi; oppure una decisa disposizione a mali ch'egli non ha e non ha ereditato da' suoi maggiori, quali l'idrocefalo, la epilessia, l'insufficienza d'intelletto che va fino all'ebetismo od all'abbrutimento ed alla alienazione mentale; se è vero (e nessuno lo mette in forse), che tutte queste debbono sicuramente tenersi come conseguenze dell'alcoolismo paterno; o perchè, domando io, non si deve ammettere che l'azione venefica dell'alcool, la quale indubbiamente si continua ne' figli de' bevitori, non abbia anche ad agire in questi all'istesso modo che ne' padri ha agito, sugli stessi organi che ne' padri ha prediletto e nel più de' casi predilige? Non farebbe con ciò, del resto, che seguire l'ordine naturale della eredità, ch'ha pur essa sue leggi costanti.

Ma, queste leggi, son rotte forse nella presente parte della patologia? Secondo me, no. Io ho conosciuto un muratore di Borgetto, tal Bernardo Oliveri, a cui l'abuso degli alcoolici per lunghi anni avea prodotto, oltre a' soliti sintomi di tremore e di incertezza de' movimenti negli arti superiori, de' disturbi psichici ed intellettuali notevoli, quali una melanconia ed una tristezza di idee già in lui insolita, e la perdita della memoria, e vere illusioni percettive. Il coléra del 1867 troncò in modo brusco un'esistenza, che andava finendo miseramente per gradi; ma un figlio, che l'Oliveri ebbe negli ultimi anni di vita, è venuto su con mente cortissima, e vive oggi in preda a compassionevole melancolia. Ho visitato, nel 1876, una bottegaia palermitana, tal Anna Morelli, di anni 48, la quale, circa otto anni avanti, in sèguito ad uso lungo e smodato di vino e di rum, era incorsa nella forma convulsiva o epilettoide dell'alcoolismo cronico, forma che durava ancora quand'io la visitai, benchè migliorata da varie ed opportune cure da qualche tempo intraprese. Or bene, al 42° anno ella partorì una figlia, che dimostrossi ben tosto (al 13° mese) epilettica, e soccombette poi a cinque anni, sotto uno degli accessi. Non occorre aggiungere, che l'elemento gentilizio anteriore mancava affatto e nella famiglia della Morello ed in quella dell'Oliveri.

Di simili esempj a me basta di registrare questi due; perocchè la scienza non n' ha penuria, e per le Opere e per le Riviste se ne possono, non che spigolare, raccogliere a dovizia.

In base a tali fatti e considerazioni, è egli avventato il giudizio mio, se reputo ereditaria la epatite interstiziale della Deluca, e come ereditaria la presento ai Clinici? A me pare che, date speciali circostanze, anche la cirrosi epatica possa trasmettersi per eredità; e queste speciali circostanze sieno costituite dall'alcoolismo cronico d'entrambi i genitori, alcoolismo, che però abbia dispiegato l'azione esclusiva o precipua sul fegato di essi. Ogni altro corollario, ch' io voglia ora tirare dalla storia clinica della Deluca, sarebbe intempestivo: ulteriori fatti possono soltanto dire e giustificare se e fino a qual punto il lunghissimo e tardivo decorso della malattia, che anatomicamente non differisce dalla forma comune, abbia o no rapporto con la supposta origine di essa, abbia o no delle peculiarità, che nel caso mio non si sono presentate, o non ho saputo vedere. Questo solo, dunque, a me pare di poter concludere: *Che nell' etiologia della cirrosi epatica debba venir segnato anche l'elemento Eredità.*

Ho io torto? Ho io fatto illusione?

Agli sperimentati Clinici la sentenza.

V.

FEGATO AMBULANTE.

§ 1. Le espressioni: *Fegato ambulante*, *Fegato errante*, *Fegato volante*, *Fegato migrante*, *Fegato mobile*, *Distopia di Fegato*, sono state ugualmente adoprate da diversi Autori ad indicare una condizione anormale del fegato, quella, cioè, per cui esso, senza malattia propria e conservando il volume e la forma fisiologici, e senza venir sospinto da tumori od altre malattie degli organi toracici, abbandona la sua sede ordinaria e vaga liberamente nella cavità del peritoneo, restando sospeso a' ligamenti proprj, stirati ed allungati più o meno. Senz'entrare a discutere su la maggiore o minore efficacia e convenienza dell'uno o dell'altro addiettivo, per disegnare con esattezza questo cambiamento di sito del fegato, a me sembra debbasi preferire quello di *ambulante*, felicemente sostituito dal Dietl e dall'Oppolzer all'altro di *mobile*, (già dato da un pezzo a identica anomalia di sito del rene e della milza), ed adottato dal Cantani quando trovò e descrisse pel primo un *Caso di fegato ambulante*, al 1866.[1]

Dopo di questo, molti altri casi ne sono stati osservati e descritti, dal Piattelli nel 1868, dal Meissner nel 1869, dal Vo-

[1] *Annali universali di medicina*, di Milano, vol. 98; serie IV, vol. LII, nov. 1866.

gelsand e dal Winkler nel 1872, da me nel 1873 e nel 1874, dal Leopold nello stesso anno, dal Tempini e dal Soutouguin nel 1875, dal Chvostek, dal Concato, dal Blet e dal Wassiljew nel 1876, dal Legg nel 1879, dal De Dominici nel 1883, dall'Arini nel 1884 [1]; ventitrè casi a stampa, in totale, che costituiscono già un materiale abbastanza copioso, da permettere certo di trattar l'argomento con estensione e completezza maggiore che per lo innanzi. Nondimeno, l'ultima diffinitiva parola non si può dire; uopo è che qualche dubbiezza della etiologia e patogenesi venga meglio chiarita, e massimamente, poi, che si colmi la lacuna della anatomia patologica; perocchè nessuna sezione cadaverica di individui con fegato ambulante è stata praticata sin qui, eccetto quella che il Wassiljew eseguì sopra un fanciullo, che non offeriva certamente uno de' casi tipici della affezione in parola.

Ed è per questo ch'io torno ora ad intrattenermi della stessa, ripigliando tra mani le quattro storie cliniche già da me pubblicate e giovandomi sopratutto di sei altre nuove, che ho potuto in questi ultimi anni studiare più accuratamente e più lungamente, ed una compiutamente, avendone praticata la necroscopia.

§ 2. Ma, prima d'ogni altro, ecco i dieci casi clinici, che dànno argomento alle mie considerazioni e base a' corollarj miei.

Osservazione I. — Il 2 aprile 1872 veniva ricevuta nella Clinica Medica la diciottenne Francesca Surci da Palermo, nubile, manifattrice di sigari. Proveniente da sani genitori, che soccombettero di colera nel 1867, e regolarmente mestruata fin dal 16° anno, ella addimostravasi ben costituita, con masse muscolari sviluppate, tessuto cellulo-adiposo abbondante, pelle e mucose del normale colore. In sua vita non era stata mai soggetta ad alcuna infermità, se per altro vogliasi fare eccezione a delle piaghe sofferte nella infanzia, in prossimità dell'articolazione omero-cubitale sinistra. Riferiva, che circa tre anni addietro le sue compagne di lavoro, con ischerzo alquanto malizioso, la fecero avvertita di avere più del-

[1] Vedi l'*Annotazione*, in fine a questa memoria.

l'ordinario rigonfio l'addome; onde ella, tornata appena a casa, volle verificare lo stato del suo ventre in compagnia di una congiunta, e fu allora che s'accorse della presenza d'un corpo come tumore, che faceva prominente la parete addominale al quadrante superiore destro. Nondimeno, non trovando causa a cui attribuire quel tumore e non provandone fastidio, non che sofferenza, la Surci non vi badò più che tanto, e continuò nelle sue abituali occupazioni. Però in questi ultimi tempi, osservando che il tumore persisteva non solo, ma era venuto a farsi più basso e le riusciva di qualche molestia pel suo peso quando camminava, si risolse di ricorrere all'arte salutare, e presentavasi in Clinica.

L'esame, che fu praticato il giorno 6, mostrò perfettamente fisiologici il torace e gli organi in esso contenuti. Gli archi costali sporgevano leggermente sulla superficie addominale, l'ipocondrio destro appariva più avvallato che il sinistro. La figura del ventre era irregolarissima, trovandovisi una rilevatezza estesa da una linea tirata tangente agli archi costali fino al pube ed all'inguine destro, dal fianco destro al prolungamento della linea mammillare sinistra; e in questa rilevatezza comprendevasi l'ombellico, distante di centimetri 19 dal pube, e di centimetri 6 dal margine superiore della rilevatezza medesima. Agli atti della respirazione, le pareti ventrali scorrevano uniformemente dall'alto al basso, tranne che nel quadrante inferiore destro; ed il sollevamento dell'epigastrio era tale, che verso la fine d'una normale inspirazione spingevasi fin quasi a livello del tumore.

Il palpamento grossolano rivelava elasticità e mollezza delle pareti addominali su tutt'i punti, fuori che sul tumore, dove provavasi notevole resistenza; e la mercè di essa potevansi tracciar distinti i confini del tumore medesimo. Si mostrava questo di figura globosa, a superficie liscia, su cui scorrevano facilmente le pareti muscolari, e non ci fu dato di avvertire delle insolcature a' suoi margini. Fissando il confine superiore con l'estremità delle dita, si potè con evidenza dimostrare che sotto agli atti di respirazione il tumore scorreva dall'alto al basso per lo spazio di 3 centimetri almeno: fissando alla stessa maniera il margine inferiore, non ci riuscì facilmente a constatare il fatto medesimo. L'area che venne a designarsi, contornando il tumore, mostrò il suo maggior diametro di centim. 24 (seguendo la curva del tumore medesimo) steso nel senso longitudinale del corpo; il diametro minore, steso trasversalmente al corpo, aveva la estensione di centimetri 21.

La percussione dimostrò esatti i confini del tumore, tracciati con l'aiuto del palpamento; solo che, verso il fianco e verso l'inguine, la ottusità venne un pochino più in basso che la linea segnata. In alto, alla regione dell'epigastrio e del fianco destro, si ottenne risonanza timpanitica, e tanto profonda ed estesa, quanto suole essere dove non si trovano al disotto che anse intestinali: quindi, senza passare per gradi intermedj, si mutava del tutto nella chiara e profonda del polmone, a livello della quinta costola. Facendo piegare sul fianco sinistro l'ammalata, si

videro spostare leggermente nel senso trasverso e verso sinistra i confini della ottusità che dava il tumore; facendola piegare poi sul fianco destro, la ottusità si spostava nel senso contrario al primo; ed in questa posizione premendo il tumore dal basso all'alto, si potè spingere e sollevare tanto, da ricondurre il suo margine inferiore in corrispondenza dell'ombellico; ed allora l'ipocondrio si andò riempiendo e la risonanza in esso scemando: in alto però, verso la sesta costa, conservò sempre il carattere timpanitico. Lo spostamento che avviene del tumore, nei cambiamenti della giacitura laterale, è avvertito benissimo dalla inferma; la quale aggiunge che, quando sta a letto, sente meno basso e meno pesante quel corpo mobile dentro il suo addome. Di sconcerti funzionali non se ne sono manifestati mai, neppur transitoriamente.

Fatta la diagnosi e dati alcuni consigli alla paziente, il Prof. Federici la licenziava dalle Sale.

Circa un anno appresso, ella ricoverava di nuovo nella Clinica il 3 febbrajo 1873, con peritonite al quinto dì. Narrava che, sei giorni avanti, trovandosi senza quella fascetta del ventre da noi prescrittale nel passato anno, ed essendosi bruscamente piegata sulle gambe, provò nel rialzarsi un forte dolore all'ipogastrio, e precisamente in corrispondenza dell'estremo inferiore del fegato spostato; il qual dolore, che seguì immediato ad una sensazione di cambiamento di sito del detto viscere verso destra, continuò intensissimo per circa un'ora e mezza e quindi scemò e quasi scomparve, tantochè potè la Surci ripigliare il sospeso lavoro. Però nel dì seguente il dolore ricominciò, sopravvenne brivido di freddo e febbre alta; e con questa, e col dolore sempre crescente in gravezza, continuò fino al giorno che ricorreva in Clinica. Atteso lo stato della inferma, aspettammo che il processo di peritonite si estinguesse completamente per portare il nostro minuto esame sul ventre: ma fin dal primo momento potemmo constatare ottusità quasi completa all'epigastrio ed a tutto il fianco destro. All'esame passammo dodici giorni dopo, dileguati essendosi la la febbre, la timpanitide ed il dolore.

La figura del ventre, molto voluminoso e rilevato, poteva bene rappresentarsi con l'imagine di un grosso uovo ch'abbia la parte più ristretta verso il margine costale sinistro (linea emiclavicolare) e la parte più grossa verso l'inguine destro e il prolungamento in basso della linea parasternale sinistra. La linea xifo-pubica, fortemente arcuata, attingeva il massimo di convessità tre centimetri circa al disotto dell'ombellico. Alla percussione, la ottusità estendevasi fra le due linee ascellari anteriori e fra una linea trasversa tangente agli archi costali fino a tre dita sopra il pube: tutta l'area ottusa rappresentava una figura irregolarmente ovoide, stesa nel senso che fu indicato più sopra. All'epigastrio la risonanza conservavasi oscura, e venendo a livello dell'arco costale destro, sulla linea mammaria il suono smorzavasi affatto, e così continuava fino alla linea ascellare posteriore. Giudicando che fosse dovuto alla presenza di essudati quel cambiamento di suono in

quella regione, che fu già propria del fegato, facemmo cambiare alla inferma la giacitura supina con la laterale destra e poi con la sinistra; ed in entrambe si ottenne qualche modificazione nel suono, che accennò ritorno al timpanitico nella regione epigastrica, ma non verso la linea ascellare posteriore, in uno spazio estendentesi per circa 8 centim. in lunghezza e tre in larghezza, situato leggermente obliquo dall'alto al basso e dall'indietro all'innanzi, dove la ottusità si mantenne completa. Il fegato, da quanto potea giudicarsene da manovre delicate, ci apparve già fissato nel luogo dove trovavasi; ma per tema di non richiamare in vita l'appena spento processo morboso acuto, non insistemmo gran fatto in ulteriori esami.

Dopo altra diecina di giorni, quando la inferma potè liberamente e senza molestia volgersi a dormire sui fianchi e lasciare il letto, ella stessa ci fece avvertiti come il tumore del ventre non ricadesse più sui lati nel volgersi, nè più facesse la pressione di prima sul bacino; e noi riscontrammo di fatto la fissazione assoluta dell'epate, e tale da non permettere più uno spostamento in qualunque senso, neppur di un centimetro. Nel tempo istesso notammo la scomparsa non solo di quegli essudati che attenuavano la risonanza chiara al fianco destro ed all'epigastrio, ma degli altri che avevano aumentato l'area di ottusità del tumore e rendevanlo più prominente. In quest'ultimo esame potemmo riscontrare che la forma e la estensione della ottusità erano tornate precisamente quali furono riscontrate e segnate nell'esame, che nell'antecedente anno fu fatto.

Osservazione II. — Crescenzia Giampino, nata Marchese, lavandaja da Borgetto.

Trovandomi a villeggiare in questo Comune, il 25 luglio 1872, la Giampino veniva a consultarmi per anoressia e lente digestioni, che da un anno ostinatamente l'affliggevano, sì da cominciare a risentirsene la generale nutrizione. Era una donna alta, di forte costituzione scheletrica, che aveva attinto il 49° anno senza che nessuna infermità la colpisse giammai, avvegnachè il suo penoso mestiere la facesse esporre soventi volte ad intemperie ed a sbalzi atmosferici: solo verso il suo anno trentesimo terzo fu molestata per circa un mese da dolore, ma comportabile, alla regione del fianco destro, ch'ella diceva di essere seguíto alle gravi e continue fatiche di quei giorni e specialmente alla immoderata abitudine di trasportare, appoggiata a quel fianco, una larga cesta ripiena di bucato. La mestruazione, venuta co' quattordici anni e continuata sempre fisiologica, era scomparsa da dieci mesi senza portar dietro di sè conseguenze. All'esame ch'io feci, nessuna anormalità mi fu dato di notare negli organi del torace e dell'addome; nè m'incaricai punto di aver trovato il fegato che sporgeva per circa due dita trasverse dell'arco costale, perocchè questo fatto è molto ovvio nelle donne, che abitualmente soglion tenere il busto assai stretto; e la Giampino avealo sempre tenuto strettissimo. Prescrittale una decozione di china e quassio, la rimandai senz'altro.

La mattina de' 5 agosto la Crescenzia mi volle a sè di buon' ora, e narrommi spaventata come il dì innanzi, dopo d'aver faticato molto all'in piedi, si riducesse a casa con senso di svogliatezza e malessere, e senso di peso all'ipogastrio; e andata a letto la sera, si accorgesse di una intumescenza alla metà destra del ventre, estendentesi verso l'inguine. L'apprensione sua era smaniosa, perchè, sicura che la mattina non avesse nulla in quella regione, ora non sapeva darsi pace per conoscere la natura del nuovo tumore, quantunque indolente. Trovai questo di forma rotondeggiante, liscio, steso dall'alto al basso a dall'indietro all'avanti col suo maggior diametro, che misurava centimetri 22; il diametro minore, preso perpendicolarmente al primo, dava 20 centimetri: l'estremo limite anteriore-inferiore distava di centimetri 8 dalla branca orizzontale del pube, e centrimetri 3 della linea alba. Le pareti del ventre scorrevano liberamente sul tumore. La percussione, che dava ottusità completa al disopra di esso, die' risonanza chiara e timpanitica all'epigastrio ed al solito posto del fegato: ond'io, dubitando a ragione dello spostamento di questo viscere, che dieci giorni innanzi aveva osservato in sito, con dolce sospingimento da sotto in su tentai di ricondurlo sotto l'arco costale, e vi riuscii pienamente. In tutta questa manovra, una leggera sensazione dolorosa avvertivasi dalla inferma; la quale, però, annunziava di sentirsi più libera nel tempo ch'io sosteneva il viscere al suo posto normale.

Piacquemi di mostrare il nuovo caso di fegato ambulante al Prof. Federici; ed a tal uopo la inferma si recava in Palermo. Ed ecco qui l'esame, che l'illustre Professore dettava il 9 di settembre, nella sala clinica.

« Lo stato di nutrizione generale è piuttosto scadente, scarso il tessuto cellulo-adiposo, colore terreo della pelle, pallido delle mucose. Il torace, fino ad una linea tangente agli archi costali, non presenta alcuna anomalia; al disotto di questo punto, la parete ipocondriaca destra è considerevolmente depressa; la sporgenza dell'arco costale, da questo lato, più manifesta che a sinistra, ma tutto il fianco è più pieno a cominciare dal di sotto dell'arco costale. La respirazione è addominale, e sotto gli atti di profonda inspirazione, quella pienezza che prima si avverte nel fianco, poi scorre almeno di sette centimetri in basso, e l'arco delle coste fa una sporgenza più pronunziata ancora.

« Il palpamento grossolano lascia apprezzare manifestamente una resistenza notevolissima al fianco destro: il palpamento metodico, sulla linea mediana non incontra che una resistenza leggerissima a tre dita trasverse sotto la punta dell'apofisi xifoide, resistenza che vien meno a 5 centimetri sopra l'ombellico, da qual punto in basso v'è dapertutto l'elasticità propria delle pareti addominali rilasciate. Nella linea parasternale, la resistenza incontrasi dall'arco costale fino a 8 centimetri in basso; nella linea emiclavicolare, e nell'ascellare anteriore, dall'arco costale fino a 9 centimetri in basso. Facendo respirare profondamente l'ammalata, i limiti inferiori della resistenza si spostano di 5 centimetri, e i limiti su-

periori discendono così bassi, che tra l'arco costale ed essi si può infossare l'estremo delle dita, e si trova press'a poco quella elasticità che si ha nelle altre parti del ventre dove sono sottoposte le sole anse intestinali.

« Colla percussione fatta nella linea mediana, dopo la risonanza mista della regione sternale, si ha la risonanza timpanitica delle intestina. Nella linea parasternale, fino all'arco costale si trova un suono mediocremente chiaro e mediocremente pieno; al di sotto, oscuro e vuoto fino al limite della resistenza segnata col palpamento; da questo punto in basso, la risonanza è timpanitica piena. Nella linea ascellare anteriore, l'ipofonesi epatica incomincia quasi all'arco costale e finisce dove è tracciata la linea di resistenza sopradetta: nella linea ascellare media la ipofonesi epatica ha principio sull'ottava costa, cioè ad un livello molto superiore di quel punto d'ottusità che abbiamo segnato nella linea ascellare anteriore. Ricongiungendo questi punti, si ottiene una linea inclinata dall'alto al basso e dall'indietro in avanti, che va a congiungersi ad angolo ottuso colla linea inferiore dell'ottusità, in vicinanza della linea alba.

« Le escursioni respiratorie del fegato, valutandole dalle modificazioni intervenute nel suono mentre si fa la percussione, sono minime verso la linea ascellare in alto, e massime venendo anteriormente verso la linea mediana. Questo viscere, che ha tanta mobilità negli atti della respirazione, è riducibile con la compressione graduale fin sotto all'arco delle coste. Facendo volgere sul fianco sinistro l'ammalata, la bozza che è manifesta sul fianco destro diviene meno marcata ed evidente, ma il suo margine non si sposta a sinistra neppure di una linea: volgendosi invece sul fianco destro, la bozza cresce, e il suo limite sinistro va a spostarsi verso destra di tre o quattro centimetri. In tutte queste posizioni, verso la linea ascellare destra si mantiene invariabile quel confine che fu ritrovato colla percussione. Nella posizione eretta, il limite inferiore non discende più in basso di quanto noi l'abbiamo constatato a posizione orizzontale e a respirazione ordinaria. La inferma però, stando in piedi, avverte il peso del fegato in prolasso ed accusa la sensazione di sentirselo più giù che non era quando stavasi a letto; e così ancora, volgendosi sui fianchi, dice che quel tumore lo sente spostarsi e pesare a destra e a sinistra, secondochè prende la giacitura destra o la manca; anzi è qualche tempo che, dormendo, non piglia più quest'ultima, perchè quel corpo col suo peso le riesce di incomdo, oltre al senso alquanto doloroso di stiramento che contemporaneamente desta verso la parte più alta del fianco destro ».

Alla metà dell'ottobre la Crescenzia fu colta da emiplegia destra; ed io, ch'ebbi occasione di rivederla dopo qualche giorno, riscontrai che il fegato si manteneva tuttavia nei rapporti medesimi di un mese innanzi. Su la fine del novembre morivasi, e mi spiacque assai che non mi trovassi in Borgetto e che tardi fossi stato avvertito, quando, cioè, non era più in tempo di recarmivi per praticare l'autopsia.

Osservazione III. — La sig.ª Giovanna M.*** da Partinico, è di bassa statura, ma ben fatta, e dal suo 14° anno, fin ad oggi, che è pervenuta al 50°, non ha smesso mai l'uso d'un busto assai stretto intorno alla vita. Dal suo matrimonio ha avuto nove parti e quattro aborti; dopo l'ultimo di questi, che accadde nel 1866, vide essere rimasto il suo ventre più voluminoso dell'ordinario, specialmente dal lato destro e superiore; ma non provandone fastidio, non ne fe caso; di maniera che venne fino all'anno 1873, continuando ad attendere alle abituali faccende domestiche, senza che si lamentasse mai di disturbi di sorta relativi al ventre. Fu nell'agosto del detto anno che si accorse che quel tumore ventrale era disceso più in basso, tanto da spingersi con l'estremo inferiore fin alla ripiegatura inguinale destra: e se ne accorse appunto coll'occasione di un doloretto cupo che cominciò a risentirvi, dopo due giorni di un lavoro che la obbligò a starsi col corpo ripiegato soverchiamente all'innanzi. Tuttavia, rimasta in riposo per un giorno e svanito affatto il dolore, ella non curò neppure di ricorrere ad un Medico, che potesse dirle alcuna cosa del suo tumore; sentiva di star bene, e quindi nessun pensiero si dava di quello. Però, in séguito a lunga passeggiata fatta a piedi e con fretta, nel marzo del 1874, sentì rinnovarsi il lieve dolore sulla intumescenza, e al dolore accompagnarsi un senso di stiramento al fianco destro e di peso noioso; ma anche questa volta non avrebbe forse fatto saper nulla al Medico, se non avesse dovuto ricorrervi per una lieve bronchite, che appunto in quei giorni contrasse, e che obbligandola a tossire con frequenza, le ridestava il dolore più che mai. Io ebbi agio di osservare l'inferma il 6 di marzo di detto anno, ed ecco i risultati dell'esame del ventre:

Le pareti addominali, che offrono numerose cicatrici di gravidanze precesse, sono assottigliate e rilasciate: la metà destra del ventre è rilevata per qualche centimetro più della sinistra e il punto di maggior prominenza corrisponde nel prolungamento della linea parasternale, a livello dell'ombellico. Colla palpazione si limita un tumore, che dall'arco destro delle coste si estende fino ad otto centimetri al disopra della piega dell'inguine; la sua figura è tondeggiante, anzi ovoidale, e stendesi obliquamente dall'alto al basso e dall'esterno all'interno, col maggior diametro di centim. 25, il quale va dalla linea ascellare anteriore sulle ultime coste in alto, fino a 4 centim. dalla linea alba, in basso: questo estremo inferiore dista di centim. 10 dalla branca orizzontale del pube. — La superficie anteriore è liscia e offre discreta durezza; approfondendo la punta delle dita nelle pareti del ventre, possono benissimo sentirsene i margini, che sono alquanto sottili e tondeggianti, e si può passare fino al di dietro di essi. Alla regione epigastrica non è facile sentire questi margini, ma si giunge a spingere le dita al disotto dell'arcata costale destra, e seguendo questa sempre verso l'esterno, non si sente nessun corpo che venga a mostrare ivi la sua presenza. Il tumore è alquanto mobile sotto gli atti di respirazione; con dolce pressione si riporta di basso in

alto, fino a trovarsi con l'estremo inferiore a livello dell'ombellico; più in su ancora non è dato condurlo. Tenuto in tale posizione, presenta evidente una insolcatura al margine inferiore, rispondente al prolungamento della linea emiclavicolare. Durante questa manovra la inferma non ha provato disturbo, altro che l'esacerbarsi alcun po', in alcuni momenti, il lieve dolore.

Alla percussione manca il suono entro i confini del tumore; è timpanitico alto in tutti gli altri punti, non esclusi l'epigastrio e tutta la regione dell'epate; in questa però abbiamo un punto, corrispondente alla penultima costa sulla linea ascellare media, ove la risonanza è alquanto smorzata; e smorzandosi sempre più col venire più in basso, va a perdersi nella ottusità del tumore. Allorchè questo viene rialzato, l'epigastrio dà anch'esso ipofonesi con la percussione, ma al disotto delle ultime coste persevera un suono timpanitico profondo.

L'inferma non è scaduta in salute: le sue funzioni digestive si compiono regolarmente; per quanto concerne il tumore, non si lagna abitualmente che di un senso di peso molesto entro la metà destra del ventre, quando sta all'in piedi o cammina; stando a sedere o a letto, non prova nessuna sofferenza; nel volgersi da un fianco o dall'altro, le pare che quel tumore si sposti un po'. La milza è del volume ordinario. Nessuna anomalia nella metà sinistra del ventre, nè agli organi toracici, non considerata la bronchite, soppravvenuta da tre giorni soltanto.

Dopo, ho avuto agio di rivedere tante e tante volte la signora Giovanna, per varie infermità di poco conto; il suo fegato rimane inalteratamente quale era nel 1874, e le sofferenze si limitano al senso di peso al basso ventre quando sta all'in piedi, ed a doloretti or più or meno accentuati, quando un urto accidentale o la compressione, nel piegamento del corpo, viene ad agire sul viscere.

Osservazione IV. — Maria Testaverde da Palermo, di 48 anni, operaja, ricovera nella Clinica Medica a' 17 gennajo 1874, con sintomi di peritonite acuta.

La storia anamnestica ci fa conoscere esser ella stata sempre sana e robusta, se eccettuiamo pochi giorni di febbre intermittente sofferta un diciott'anni fa, ed una risipola alla faccia, nell'anno scorso. Ha partorito felicemente e a termine per tredici volte, e mestrua tuttora con regolarità. Cinque mesi addietro, cioè in agosto 1873, riportò dal suo marito un calcio alla regione del fianco destro e precisamente sopra le ultime coste, e tanto forte, ch'ella rovesciò con tutta la sedia, ove stava seduta. Da principio non avvertì che un lieve dolore; ma dopo quindici giorni cominciò questo ad esser forte abbastanza e continuo, come prima non era stato, e tale si mantenne per parecchi giorni e accompagnato da processo febbrile, ma non grave, al giudizio della paziente. Questo dolore, che si limitava alla regione del fianco destro, fecesi indi più tollerabile, e in tale stato (che durò poco più d'un mese) la Testaverde poteva discretamente attendere al suo mestiere di incartar melarance, mestiere che non è faticoso, ma che obbliga a una posizione

incurvata e quindi a continua pressione sul ventre. Circa tre mesi prima di venire in Clinica, vale a dire dopo due mesi dal calcio, si accorse la Testaverde che le era cesciuto entro la metà destra del ventre un tumore, il quale da principio non era molto pronunziato, ma in prosieguo si fece più grosso d'assai e dolente alla pressione con la mano e ad urti anche minimi. Questo tumore si spostava da destra a sinistra e viceversa, a seconda de' varj movimenti della donna e delle posizioni laterali ch'ella prendeva quando era coricata. Così continuò, senza punto incaricarsene (giacchè del resto attendeva senza incomodo alle sue faccende), fino ai primi nove o dieci giorni del gennajo di quest'anno: ma in tal tempo, incespicando sulla soglia di una porta, cadde bocconi e percosse fortemente sul suolo con il ventre, e in maniera che il colpo fu specialmente risentito dal tumore. Il dopodimani da questa percossa, il dolore, che per altro non era mai scomparso del tutto, si fece molto intenso ed intollerabile e sopravvenne con esso forte febbre, accompagnata da cefalea e sete. Durò per tre giorni nello stato medesimo, senza niun miglioramento, onde la inferma si risolse a venire in Clinica.

Ne' giorni 17-20 gennajo il dolore seguitò, ma non eccessivo, minorando sensibilmente con l'uso di bagnature fredde continue sull'addome; la temperatura oscillò fra 39°, 5 C., in media, la mattina, e 40° la sera; il giorno 21 abbassava fino a 37°, 8, ed allora poteva eseguirsi un rapido esame, quale permettevalo lo stato della inferma e il dolore che eccitavasi col palpamento; ed eccone i risultati: « Sulla parte destra del ventre, più nel quadrante superiore che nell'inferiore, si nota una rilevatezza di forma allungata, che comincia due dita sotto l'arco costale e termina ad una linea tangente due dita sotto l'ombellico; la direzione è obliqua, dalla linea mammillare in alto alla parasternale in basso. Questa rilevatezza si continua con una resistenza anormale, che scende in basso fino a metà del quadrante inferiore, occupa lateralmente tutto il fianco e si estende sotto l'arco costale, dietro a cui, premendo sulla resistenza, possono insinuarsi le estremità delle dita. I margini, che si limitano esattamente col palpamento e che sono duri e rotondeggianti, vanno a costituire un angolo, l'apice del quale guarda la linea mediana sotto l'ombellico; il lato superiore di quest'angolo è molto più grosso dell'inferiore: tutt'insieme, la resistenza è considerevolissima, la superficie disuguale. Sospingendo delicatamente la massa da destra a sinistra e da basso in alto, è possibile di spostarla alquanto ».

Non reputando prudente l'insistere in più minuti esami per allora, aspettammo che la inferma fosse compiutamente rimessa in salute, sì da poter tollerare ogni nostra manovra: e così il giorno 16 febbrajo, stando ella già abbastanza bene e rifatta nelle forze, fu raccolto e notato il seguente stato obbiettivo.

« Nella parte destra del ventre, ch'è rilasciato e sparso di numerose cicatrici di gravidanze precesse, sporge un tumore, il quale verso la linea mammillare ha i margini esattamente circoscritti; si rialza di qualche centimetro sul livello del-

l'addome e presenta come una forma angolare, di cui un lato va dalla piegatura dell'inguine, tre centimetri al disotto della spina anterior superiore dell'ileo, verso l'ombellico, due dita distanti da esso; l'altro lato, da questo punto procede verso l'arco costale e s'insinua al disotto di esso in corrispondenza della linea mammillare. Questi lati sono ineguali: la superficie stessa del tumore è un poco bernoccoluta; la consistenza è notevole quanto di un tessuto fibroso; si passa con la mano dietro al suo margine inferiore, nel qual modo si può valutare la spessezza del tumore stesso, ch'è a un bel circa di 7 centim. Esso è alquanto mobile nel senso laterale; sotto gli atti di respirazione profonda scorre leggermente d'alto in basso. — L'area del fegato si presenta d'una figura bizzarra, e inchiusa in essa vedesi la sporgenza del tumore; il margine superiore taglia la 9ª costa nella linea ascellare, la 7ª nell'ascellare anteriore, e l'arco costale nella linea emiclavicolare; l'estremo sinistro non va al di là di questa linea medesima, essendo tutto l'epigastrio risonante, non che l'ipocondrio destro fin nella linea paradorsale. Col volgersi dell'ammalata sul lato sinistro o sul destro, nè il tumore nè l'area del fegato si spostano; mentre quando ella entrò in Clinica, la mobilità del tumore era più pronunziata che oggi non è, e in qualche modo anche visibile con la ispezione.

« Nella parte posteriore del torace, alla base di esso a destra, l'intensità del suono cresce notevolmente e non si avverte diminuzione che verso il rene. Sulla linea ascellare posteriore l'ottusità comincia verso la 11ª costa; poco al disopra la risonanza è molto più intensa che in alto, e in certi momenti quasi timpanitica ».

Osservazione V. — Marianna Leanza, di anni 33, da Borgetto, alta, ben complessa, è alquanto denutrita ed oligoemica. Mestruata a 15 anni, andò a marito a 24, ed in nove anni di stato conjugale ha fatto cinque figli, l'ultimo de' quali il 14 giugno 1879. Normali sono procedute le gravidanze, tutti a termine i parti, ma accompagnati gli ultimi due da copiosa emorragia. L'allattamento si è protratto sempre fino a' due anni; e nel quarto fu accompagnato (dall'11° mese in poi) da menorragia, che ricorreva ogni due settimane. Per questa ragione la Leanza si ridusse molto pallida, fiacca, e sofferente per continuo senso di pena all'epigastrio (*dica*); pur ingravidò per la quinta volta, e la gestazione si portò innanzi e compì senza gravi inconvenienti. Era scorso un mese da quest'ultimo parto, quando la Leanza si accorse di un tumore, che improvviso era comparso a far prominente il quadrante superiore destro dell'addome, col massimo di elevazione verso l'ombellico; però, se ne fu maravigliata, non ne ebbe apprensione, perchè non ne provava nessuna sofferenza, anche palpandolo; e poi sentiva di star abbastanza bene. Nel giorno innanzi aveva aiutato per più di un'ora il marito, fornajo di professione, a trasportare parecchi sacchi di grano da un luogo ad un'altro, fatica per lei insolita; però assicura che, durante questo non lieve lavoro, ella non ebbe ad avvertir niente sulla propria persona.

Così lasciò correre; ma tre mesi dopo, la sua attenzione fu richiamata al tumore da un senso di peso che fino allora non vi avea provato, dall'aumento di volume che credette di scorgervi, e più che altro dal sentirselo sensibilissimo al benchè minimo urto. Ne' primi del gennajo 1880, in sèguito a qualche fatica straordinaria, il dolore sul tumore del ventre divenne continuo e spontaneo, e risolse la sofferente a consultarmi.

Esame obbiettivo dell'8 gennajo 1880. — Ventre irregolarmente globoso, presentando avvallata tutta la parte sinistra, fin al prolungamento della linea parasternale, avvallata la smancatura del fianco destro; prominente tutta la parte mediana e destra, per un tumore che dall'epigastrio va fino a tre dita sotto l'ombellico e dal prolungamento della linea parasternale sinistra a quello della emiclavicolare destra. La superficie del ventre, nel punto più culminante, si eleva di centim. 4 dal piano del torace. Il tumore ha superficie ugualmente liscia, bordi arrotondati e ben grossi a destra, più sottili a sinistra; si può esattamente limitare col palpamento: l'intera massa rappresenta una figura ovoide, con l'apice più stretto in alto: il diametro maggiore, dall'apofisi ensiforme ad un punto del prolungamento della linea parasternale destra, ch'è di cinque centim. al di sotto dell'ombellico, misura centim. 28; il diametro minore, trasversalmente al primo, centim. 18. La percussione rende suono ottuso su tutto il tumore e per circa due dita trasverse sull'arco delle coste, dall'apofisi ensiforme alla linea emiclavicolare: in tutto il resto poi c'è risonanza timpanitica alta, compreso tutto il fianco destro e la base del torace posteriormente, dove dalla risonanza polmonale si passa di botto alla timpanitica. Il detto tumore è nettamente mobile sotto gli atti della respirazione, e nelle profonde inspirazioni si sposta in basso fino a 5 centimetri. Sospinto gradualmente con la mano, si può ricondurlo in alto e quasi completamente sotto l'arcata costale destra; per compiere tale manovra, noto che esso gira come attorno ad un perno, ch'è in corrispondenza dell'epigastrio, poichè la parte che risale e che va a riempire il fianco destro è quella che stava più in basso. Col tumore così ridotto e tenuto in sito dalla mano, il ventre ripiglia a un dipresso la figura fisiologica; si può apprezzare tutto il margine inferiore del fegato, e la insolcatura che segna la unione de' due lobi; la ottusità si vede tornata al fianco destro ed all'arco, col confine superiore al 7° spazio intercostale. Tolto il sostegno della mano, si vede il tumore, sotto gli atti respiratorj, ridiscendere a gradi, fino a ripigliare la posizione di prima e ridonare al ventre la figura irregolarmente globosa. Questa manovra è riescita alquanto dolorosa, benchè delicatamente praticata.

La paziente dice che dorme male su' fianchi, per lo spostamento e le trazioni dolorose del tumore; ha perfetta calma giacendo supina. Stando eretta, e più camminando, prova peso molesto al basso ventre e senso di pena all'epigastrio, e facile stanchezza. Del rimanente, mangia e digerisce come al solito; non si lagna di nulla agli organi del torace, che riscontro sanissimi. La milza è del volume fisio-

logico. Le urine dànno una una media di c.c. 1400 al giorno, colorito alquanto pallido, acide, p.s. 1017; non contengono albume, nè zucchero, nè bile; normali vi sono i cloruri e i solfati, eccedenti gli urati; l'urofeina e l'uroxantina normali.

Altro esame, del 5 novembre 1884. — La Leanza è sempre un po' oligoemica, ma attende a tutt'i lavori domestici, mangia con appetito, digerisce benissimo, ha sonni tranquilli. Non ha fatto nessuna malattia dal 1880; non ha avuto più figli.

Il fegato è completamente nella cavità addominale, steso dall'epigastrio alla ripiegatura inguinale destra, guardando con la parte convessa verso l'arcata costale destra e col margine acuto l'inguine sinistro. L'apice del lobo sinistro va a 6 centimetri oltre la linea alba a sinistra, e dista centim. 4 dall'arcata delle coste, nella linea parasternale. Risonante affatto resta l'epigastrio e tutto il fianco destro, e la base del torace. Seguendo il margine inferiore-sinistro del fegato con la mano (il che è ben permesso dalle pareti ventrali tenui e rilasciate) si sente ch'è uniforme, regolarmente acuto; la insolcatura, che separa i due lobi, si riscontra in corrispondenza della linea alba, a 5 centim. sotto la cicatrice ombelicale. Nella parte superiore, in corrispondenza dell'epigastrio, sopra la massa tondeggiante del tumore si notano delle lievi irregolarità di superficie, che non s'incontrano su la rimanente superficie del viscere. Questo, conserva una discreta mobilità, potendosi spostare di basso in alto e da sinistra a destra, ma non in senso contrario. Sospingendolo verso l'ipocondrio destro, si giunge a portarlo fino a due o tre centim. sotto l'arcata costale, ma non più in là; lasciandolo, si vede quasi tosto ritornare al posto ed alla posizione di prima. Le pareti del ventre, sottili e rilasciate come ho detto, si prestano ottimamente a queste manovre; le quali non provocano poi nessuna sofferenza nella paziente.

Non occorre aggiungere, che la risonanza è completa e timpanitica su tutta la regione ipocondriaca destra; che si ha suono ottuso in corrispondenza del tumore del ventre; che la milza è fisiologica e sta nella sede ordinaria; e che nulla di morboso riscontrasi negli altri organi e visceri.

Osservazione VI. — La contadina Francesca Lucchesi, da Borgetto, di anni 44, viene a consultarmi il 10 marzo 1882, per un tumore che s'è manifestato da due mesi al mascellare superiore sinistro e ch'è accompagnato da dolori continui, lancinanti e violentissimi. Nel narrarmi la storia delle sue sofferenze, accenna ad un tumore, che da 20 anni porta nella cavità del ventre e che, dice, non le ha recato mai fastidio nè ha punto alterato la sua salute; per lo che io rivolgo la mia osservazione anche su questo tumore, che trovo risultante dal fegato fuori di posto.

La Lucchesi, da fanciulla, andò soggetta a frequenti catarri bronchiali; poi, stette completamente bene, e mestruò regolarmente a 15 anni. A 20 prese marito, e due anni dopo era madre per la prima volta, con parto e puerperio regolarissimi. D'un secondo figlio si sgravava a 24 anni; e questa volta lasciava il letto un giorno

appresso dallo sgravo, e parve non soffrisse nulla; ma il domani s'accorse della comparsa improvvisa, verso il mezzodì, d'un tumore alla metà destra del ventre, tumore ch'è quello stesso che porta oggi, e che fin d'allora aveva la forma ed il volume che oggi ha. Esso le recò da principio qualche impaccio e qualche dolore anche, quante volte veniva urtato; ma in prosieguo non fu più avvertito, eccettochè pel volume che dava al ventre. Aggiunge, poi, la inferma, che ne' primi due mesi dalla comparsa di esso, ebbe con frequenza de' disturbi di ventre (tormini e diarrea), che sopravvenivano senza causa apprezzabile. Dopo quell'anno, condusse a termine altre quattro gravidanze; ma in queste sofferse moltissimo a causa dello sventramento dell'addome; il quale fin dalla seconda gravidanza fu sì enorme, che durante la gestazione pendeva tutto sulle cosce ed obbligava l'inferma ad una forzata posizione, seduta o supina. Relativamente al tumore, dice che nelle ultime quattro gestazioni veniva, col progredire delle stesse, risospinto in alto ed a destra, e che tale sospingimento lo rendeva dolente.

I parti si compirono tutti sulla speciale sedia (*vancu*) in uso in Sicilia, nessuno sul letto; le emorragie che li seguirono furono sempre moderatamente copiose, ma non tali da farne risentir molta debolezza alla Lucchesi, che allattò sempre da sè i proprj figli. Non c'è stata mai itterizia, e le funzioni digestive non si sono mai più alterate pel corso di vent'anni, passati tutti nella più completa sanità.

Esame dell'inferma fatto il 10 *marzo* 1882. — Scheletro osseo bene sviluppato; nutrizione de' tessuti muscolari e cellulo-adiposi piuttosto povera; colorito della pelle bruno, delle mucose alquanto pallido. Torace ed organi in esso contenuti, nello stato fisiologico.

Il ventre, sformato, tutto grinze e cicatrici, presenta un avvallamento all'epigastrio ed al fianco destro ed una sensibile rilevatezza dall'ombellico al pube e dall'una all'altra spina iliaca anterior-superiore. Questa rilevatezza rappresenta come una calotta di sfera, con la corda che va da una spina all'altra, e l'apice sopra il pube. Quest'apice è talmente pronunziato in certi momenti, che fa rassembrare l'insieme del tumore ad un triangolo equilatero con un apice (quello ch'è in basso) smussato. Sotto gli atti respiratorj, la rilevatezza si sposta appena in basso. Su la superficie, in prossimità dell'ombellico, si designano di tratto in tratto le anse intestinali. Quando l'inferma tossisce, o contrae, per qualsiasi altra ragione, le pareti addominali, tutta la parte mediana del ventre dall'ombellico al pube sporge con la forma e la grossezza d'un cedro; su tale prominenza si ha suono chiaro timpanitico. La linea xifo-ombelicale misura centimetri 11, la ombellico-pubica centimetri 20.

Col palpamento grossolano si nota anzitutto la sottigliezza estrema delle pareti addominali, massimamente nella parte mediana, dove si può dire che la sola pelle con piccolissimo strato di tessuto cellulo-grassoso copre gl'intestini. I muscoli retti, flosci e sottili, si possono pigliar fra le dita benissimo; sono divaricati, distanti

ugualmente dalla linea alba per 9 centimetri. Nessuna resistenza incontra la mano nella metà sinistra del ventre; nella destra, a cinque centimetri dalla linea mediana, si incontra un tumore con margini distinti, tondeggianti, sotto i quali si può senza ostacolo insinuar le dita. Questo tumore si segue esattamente in alto fino all'arcata costale ed in basso fino all'inguine, sul qual punto dista di centim. 10 dalla linea alba; ha superficie liscia, margine regolare, interrotto solo (a livello dell'ombellico) da una insolcatura, dentro la quale si può insinuare il dito. Approfondendo il dito in questo punto, si giunge a sentire di tratto in tratto un corpo tondeggiante, liscio e mobile, anzi facilmente fuggevole, della grossezza circa di un'albicocca. Palpando tutti questi punti, si suscita discreto dolore. Col palpamento stesso, completato poi con la percussione, si rileva intera la figura del tumore, la quale è tondeggiante e va dall'arco delle coste (linea emiclavicolare) all'inguine destro ed alla smancatura del fianco. Il maggiore diametro, dall'arco all'inguine, è di centimetri 36; il minore, preso perpendicolarmente al primo, di centim. 22.

Sospingendo gradatamente in alto il tumore, si può sollevarlo di cinque centimetri e spingerlo verso l'ipocondrio destro; non si riesce però a ricondurlo sotto l'arcata costale; lasciato a sè, torna alla posizione di prima. Facendo piegare sul fianco sinistro l'inferma, lo spostamento del tumore a sinistra è distintissimo e si fa sino alla linea alba; invece con la giacitura sul fianco destro non si ottiene spostamento neppur d'una linea.

Il suono è timpanitico pofondo su tutta la regione epatica; dalla 7ª costa in sopra si ha il suono chiaro polmonale. Ottusità completa entro i limiti del tumore; suono timpanitico nel resto del ventre. La milza ne' limiti normali.

La Lucchesi ha buon appetito, evacua giornalmente il ventre di feci formate e normalmente colorite. Afferma che, stando all'in piedi o faticando, prova senso di peso al quadrante inferiore destro del ventre; ma non se n'è mai preoccupata in venti anni, perchè, essa dice, « questo è cosa da nulla ».

Analisi delle urine: Quantità media del giorno, c.c. 1300; colore giallo d'oro; torbidicce per urati insoluti; reazione acida; p.s. 1024; fosfati alquanto eccedenti; non vi si contengono albume, nè zucchero, nè pigmenti biliari; normali i cloruri, l'urofeina e l'uroxantina. Media giornaliera dell'urea: grammi 25, 50 per 1000.

La povera Lucchesi aveva un sarcoma del mascellare superiore, e per esso veniva a reclamare gli aiuti della scienza e dell'arte, non pel fegato ambulante; onde io l'accoglіea nelle Sale ospedaliere e presentavala al valentissimo clinico chirurgico Prof. Albanese; però, disgraziatamente, il male era sì progredito, che nè scienza nè arte potevano più far nulla; ma l'Albanese, sempre umano e gentilissimo, consentiva di tenere nelle proprie Sale cliniche la inferma, per renderle, se non altro, meno atroci le sofferenze dell'ultimo periodo della vita. Io, per mia parte, nell'interesse della scienza, aspettava di praticare la necroscopia.

Dopo due mesi e mezzo di spasimi indicibili, ridotta con la faccia orribilmente

sfigurata, profondamente cachettica, la Lucchesi volle lasciar l'Ospedale, visto che nulla potevasi farle, e desiderosa di morire tra' suoi. Tuttavia il martirio si prolungò in Borgetto fino a' 10 d'ottobre, giorno della morte, dopo cinque giorni di completa inedia, per impossibilità di deglutizione, portata dall'enorme sviluppo del sarcoma. Avvisato in tempo, io corsi fin là, e col debito permesso delle Autorità locali e della famiglia, coadjuvato dall'egregio Dott. Giuseppe Marano, mi accinsi alla tanto desiderata sezione del cadavere.

Necroscopia, eseguita 24 ore dopo la morte. — Aperta la cavità del ventre, primo a presentarsi è il colon trasverso, dilatato e perfettamente vuoto, il quale occupa tutto l'epigastrio e s'insinua in parte sotto l'arco costale destro. Gl'intestini tenui, pur essi dilatati e vuoti, si estendono principalmente all'ipogastrio ed a sinistra. Rimosso il colon, si ha tutto sott'occhio il fegato, che si presenta del volume e della figura normale, ma nella posizione seguente, cioè: Il bordo tagliente, rivolto a sinistra, costeggia la linea alba, alla distanza di 4 centimetri; l'estremo destro, sceso affatto in basso, arriva a 4 centimetri ad di sopra del ligamento inguinale; la parte convessa (normalmente diaframmatica) si adagia sulla cavità dell'ileo ed occupa buona parte del fianco destro; il lobo sinistro riempie quasi intero l'epigastrio, giungendo col suo apice, che guarda in su, al processo ensiforme. La incisura, che separa i due lobi, viene a corrispondere ad un dito trasverso circa sopra la cicatrice ombelicale; e al di sotto di essa incisura trovasi la cistifellea, flaccida, quasi vuota di bile. L'ipocondrio destro è occupato da un'ansa del colon trasverso enormemente dilatata, che risale fin a toccare la volta del diaframma. Lo stomaco, rimaso profondamente situato, affatto al di dietro del lobo sinistro epatico, è piccolissimo, vacuo.

Il ligamento sospensorio coronario è notevolmente stirato, sottilissimo, ma senz'alcuna laceratura; il ligamento laterale destro, più sottile ancora, offre una lunghezza di 19 centim., e puossi, tirando più in basso il viscere, allungarlo ancora di centim. 3, senza che offra grande resistenza e senza lacerarsi. Il ligamento laterale sinistro non pare punto alterato nella lunghezza (centim. 3) e nella resistenza, e conserva una discreta elasticità, mentre quello di destra l'ha perduta affatto.

La lunghezza massima totale del fegato è di centim. 42, (centim. 27 il lobo destro, centim. 15 il sinistro); la larghezza centim. 18 nel lobo destro, centim. 9 nel sinistro. Spessore massimo del lobo destro, centim. 10; del sinistro centim. 6. Nessuna aderenza si riscontra tra la superficie convessa del fegato e la parete ventrale; bensì, sulla porzione di lobo destro che confina col sinistro si nota un ispessimento della capsula, di forma ovalare, dell'ampiezza di due monete di cinque lire poste l'una accanto all'altra nel senso longitudinale (in rapporto all'asse del corpo). Quasi tutto il bordo, però, e tutta la faccia concava aderiscono saldamente agli intestini, pancreas e stomaco, con briglie fitte e tenaci di antica data, in modo che per staccare il viscere bisogna far uso della forbice. La sola cistifellea è quasi affatto libera, in mezzo e al disotto della incisura che separa i due lobi. A malgrado di

queste aderenze, il ſegato può alquanto spostarsi in basso ed in alto, perchè trascina seco gl'intestini, fino ad un certo punto; ma non si riesce a ricollocarlo del tutto sotto alla volta del diaſramma, nella posizione fisiologica, impedendolo le suddette aderenze.

Il peso del viscere risulta di grammi 1400. Al taglio si ottiene una superficie asciutta, anemica; ma la struttura delle cellule non è apparentemente alterata, come normale altresì è la resistenza [1]. Dell'ampiezza fisiologica appaiono la vena porta e le sue diramazioni. Pervio il condotto coledoco.

Milza normale. Le pareti del ventre prive affatto di adipe, e con muscoli assolutamente atrofici. Rimane non aperta la cavità del torace e quella del cranio.

Osservazione VII. — Il notajo Rosario Tannorella, da Palma Montechiaro, viene a trovarmi il 20 maggio 1882 per consiglio del Prof. Federici, che gentilmente vuol concorrere ad arricchire il mio materiale clinico del fegato migrante.

Il Tannorella ha 55 anni, ed offre tutte le apparenze di buona salute ed una lodevole nutrizione. Nella storia anamnestica egli non segna altro che una ſebbre intermittente malarica, a tipo cotidiano da principio, a tipo terzanario e quartanario poi, la quale cominciò ad affliggerlo al suo settimo anno di età (1834) e, benchè curata senza interruzione ma non sempre efficacemente, non lo abbandonò del tutto che quattordici anni dopo, al 1848. Com'è a supporre, la denutrizione e la cachessia che tennero dietro a sì grave e lunga inſezione non furono lievi nè brevi, ed il Tannorella non potè dirsi affatto risanato che al 1850. Verso il luglio o l'agosto del 1857, senza causa alcuna, cominciò ad avvertire uno spiacevole senso di pienezza al ventre, in corrispondenza del quadrante superiore destro, quando stava all'in piedi o camminava; ma poichè la profession sua l'obbligava a passare seduto la più parte del giorno, e poichè del resto procedevano normali l'appetito e le digestioni, e la salute generale non soffriva per nulla, egli non die' importanza, da principio, a quel ſenomeno poco gradito. Però, sei mesi appresso, sentendo cresciuta la molestia e provandola anche stando a sedere, volle esplorare il suo addome; e fu allora che si accorse d'un tumore, alquanto dolente alla palpazione, il quale faceva protuberanza all'epigastrio ed al disotto dell'arcata costale destra. Da quel tempo in poi, e son passati 25 anni, il tumore è andato gradatamente facendosi più prominente e più basso; tuttavia il notajo, che s'è abituato facilmente al ſastidio del peso, non s'è dato gran pensiero del suo tumore addominale, sulla considerazione che la sua salute non s'è alterata per niente e la nutrizione ha sempre avuta invidiabile. V'ha pensato però da sei mesi in qua, dal momento, cioè,

[1] Volentieri avrei aggiunto le osservazioni microscopiche; ma la licenza in iscritto del Sindaco di Borgetto, permettendo « nell'interesse della scienza » la sezione del cadavere, proibiva espressamente di « asportarne alcun pezzo ».

ACCADEMIA DI MEDICINA ★ DI TORINO

che con l'aumento, molestissimo, del peso al basso ventre, ha provato molto malessere, senso continuo di pena all'epigastrio e inappetenza. Consultati varj Medici di provincia, questi formularono una serie di diagnosi, che non occorre qui di riferire, ma ch'ebbero per conseguenza una lunga seguela di empiastri, pomate fondenti, vescicatorj, mignattazioni, purgativi ecc.; rimedj tutti, che non è maraviglia se non produssero niun effetto sul tumore (che anzi questo è naturale), ma è maraviglia che non producessero danni rilevanti all'organismo del notajo, o (per adoprare una piacevole espressione sua) non lo conducessero all'olio santo.

Esame obbiettivo del 20 *maggio* 1882. — Il ventre si presenta asimetrico, per una rilevatezza che sopravanza di 3 centim. il piano del torace e che va dall'epigastrio (subito al disotto dell'apofisi xifoide) a tre dita sotto l'ombellico, e dalla linea parasternale sinistra al prolungamento della linea emiclavicolare destra; il massimo di elevazione corrisponde nel prolungamento della linea parasternale destra, a livello della cicatrice ombellicale. Tutto l'ipocondrio destro è sensibilmente avvallato; gli spazj intercostali, che vi corrispondono, depressi. Sotto gli atti respiratorj è evidente il movimento d'alto in basso del tumore, movimento che si constata col palpamento e con la percussione, e che si trova essere della estensione di centimetri 4.

Il tumore ha superficie liscia, uniforme; margini distinti, molto tondi e spessi a destra, alquanto acuti a sinistra, dove si può insinuarvi sotto le dita, in maniera da riconoscere la forma piatta del tumore. In detto margine sinistro si constata, tre centim. al disopra dell'ombellico, una breve insolcatura, sotto alla quale si sente or si or no un corpo della forma e grossezza quasi di una noce, il quale sfugge profondamente nella cavità. Urtando su questo corpo, come palpando su' margini del tumore, si suscita dolore discreto.

Tutta l'area del tumore, ch'ha forma ovoidale, rende alla percussione ottusità completa, distintissima in mezzo alla risonanza timpanitica profonda di tutte le parti circostanti, compreso l'ipocondrio destro e tutta la parte posteriore destra del torace, dove non esiste affatto ottusità epatica. Risalendo in alto col plessimetro, dalla risonanza timpanitica si passa alla chiara del polmone. Un picciol tratto di iposonesi ritrovasi all'arco costale, tra la linea emiclavicolare destra e la linea mediana.

Con adatta e graduale manovra il tumore si può ricondurre quasi intero in alto e a destra sotto l'arco delle coste, dove allora comparisce, come pure sul fianco, la ottusità di suono quasi completa; non si riesce però a farla comparire posteriormente. Lasciato a sè, il tumore ripiglia dopo alcuni secondi la posizione di prima. Non si riesce a spostarlo a sinistra che di un centimetro appena, e solo verso l'estremo più basso. Durante la manovra, per ricondurre in alto il tumore, non si è destata nessuna sofferenza. Ne' movimenti di lateralità, che il Tannorella fa stando a giacere, egli non avverte spostamento del tumore che in grado minimo.

La milza è appena il doppio del volume ordinario. L'appetito e le digestioni procedono alquanto discretamente da qualche settimana, dal momento, cioè, che ha intrapreso una cura tonica e ricostituente. Le orine sono limpide, di color giallo chiaro, acide, con p.s. 1018, prive di albumina, di pigmenti biliari e di zucchero, con quantità normale di cloruri, di urati, di fosfati e di urofeina.

Nulla di morboso negli organi toracici.

Osservazione VIII. — La signora Concetta D.*** da Cattolica, d'anni 34, viene a consultarmi il 20 luglio 1883. È donna ben costituita, di taglia piuttosto vantaggiosa, alquanto magra e pallida anzi che no. Si lagna di poco appetito, di lente digestioni, accompagnate a molto sviluppo di gas stomacali ed intestinali, e sopratutto poi di peso alla metà destra del ventre, con senso di notevole stiramento all'ipocondrio destro. Non può tollerare abiti che stringano un po' la vita, e molto meno una pressione qualsiasi al quadrante superiore destro dell'addome, che riesce dolorosa; i movimenti stessi ed il ripiegamento sul ventre, provocano dolore. Tali disturbi e sofferenze affliggono specialmente l'inferma da tre mesi in qua; ma lievi, si iniziarono già molto prima, da circa quattro anni, dopo il sesto suo parto, compiutosi regolarmente e senza accidenti, come i primi cinque. Contemporaneamente alle surricordate sofferenze, la paziente s'accorse che il suo ventre era più grosso nella parte destra, per un corpo resistente e poco sensibile, che vi stava dentro; ma poichè, consultati varj Medici, questi le aveano assicurato che quel tumore non era altro che il fegato, rimaso un po' grosso per le febbri intermittenti malariche sofferte dalla signora a varie riprese negli ultimi anni, ella si acquetò alle loro assicurazioni, che nessun danno potea recare quel tumore alla salute sua. Venuta, l'anno appresso, una nuova gravidanza, cessò ogni sofferenza da parte del tumore, e questo stesso non riescì più, o pochissimo, apprezzabile; ma dopo che l'utero fu a tempo debito e regolarmente sbarazzato, ecco che il tumore ricomparve, e questa volta un poco più giù di prima ed assai più sensibile agli urti ed alle pressioni anche lievi. Ma la salute generale non ne sofferse punto, e però l'inferma non fece cure di sorta nè consultò Medici. Ora è venuta in Palermo, preoccupata dello smagrimento, che s'è fatto sensibile con l'aumento delle sofferenze già dette. Da una settimana, poi, dice di aver avvertito tutte le sere un forte accaloramento, specialmente alle mani ed alla faccia, e cefalea frontale; per lo che ha giudicato di essere febbricitante.

Nessuna malattia sofferse nella infanzia e nella gioventù, nè ha mai avuto disturbi della mestruazione dall'anno in cui questa si stabilì (15°), salvo le interruzioni normali durante il tempo delle gravidanze e degli allattamenti. Questi ultimi sono stati sempre prolungati fino al 16° o al 18° mese.

Esame praticato il 20 luglio 1883.—Il ventre presenta una notevole asimetria, per un sollevamento tondeggiante del quadrante superiore destro, che sopravanza di

tre centimetri circa il piano del torace, e per la depressione dell'epigastrio, dell'ipocondrio destro e di tutta la metà sinistra, salvo l'ipocondrio, che apparisce alquanto pieno. Sotto gli atti di respirazione ordinaria si vede la intumescenza seguire il movimento d'alto in basso, movimento ch'è sensibilissimo a respirazione sforzata e che si constata, col palpamento e con la percussione, essere di centimetri 4. Stante l'assottigliamento ed il rilasciamento delle pareti addominali, si può contornare il tumore in tutt'i suoi limiti, che vanno da 2 centim. al disotto dell'arco costale sinistro (linea parasternale) all'arco costale destro (linea emiclavicolare), cui toccano appena, e da qui alla spina anterior-superiore dell'ileo; donde, facendo una curva con la convessità a sinistra, tornano al punto di prima. La figura che ne risulta è un ovoide, steso da sinistra a destra e dall'alto al basso, con un lieve rientramento, o insolcatura, nel margine sinistro, e precisamente nel punto in cui questo incontra la cicatrice ombellicale. Tutto il tumore ha superficie convessa, liscia, uniforme e resistente; i margini, ottusi nella parte superiore e destra, discretamente acuti nella parte inferiore e sinistra, dove, approfondendo le dita, si può passare al disotto di essi e valutarne lo spessore, ch'è di 2 a 3 centimetri a un dipresso. Nessuna resistenza si incontra sotto la incisura già notata in corrispondenza dell'ombellico. Il maggior diametro del tumore, dalla cresta iliaca destra all'estremo superiore in prossimità dell'arcata costale sinistra, è di centimetri 19; il minore, perpendicolarmente a questo primo, è di centim. 14.

La percussione dà suono ottuso su tutta la estensione del tumore, mentre la dà timpanitica profonda in tutto il resto del ventre, compresi l'ipocondrio e l'arco costale di destra. Risalendo da questi punti, dal suono timpanitico si passa al suono chiaro polmonale, appena si giunge a livello della 7ª costa. Posteriormente, il suono non si spegne che alla regione lombare.

Pigliando l'inferma la posizione all'in piedi, il tumore scende in basso di un centimetro e mezzo in più, di quel che era, allorchè essa stava in giacitura supina. Sospinto a gradi con le dita, può esso tumore ricondursi interamente sotto l'arcata costale destra; e trattenendolo in sito, per mezzo d'un ajuto, si vede tornare la consueta rotondità dell'ipocondrio e la ordinaria ottusità e figura del fegato; salvochè nella parte superiore il suono non attinge quel grado di ottusità completa che fisiologicamente suole avere. Levato il sostegno, il viscere ridiscende a poco a poco, sotto gli atti del respiro, fino a ripigliare la posizione di prima.

Facendo volgere su' fianchi l'ammalata, ella dice di sentire distintamente spostarsi il tumore nella giacitura sinistra e recarle molestia; per lo che evita ordinariamente questa giacitura; nella destra, invece, non avverte nulla, e però la preferisce anche a quella supina. Con la plessimetria si constata di fatto uno spostamento di centimetri due verso sinistra.

La milza è nel sito ordinario, ma ingrandita in volume (centim. 18 per centimetri 14); si può sentir la sua punta sotto l'arco, nelle profonde inspirazioni. Nulla di morboso negli organi toracici.

La nutrizione è scaduta; la tinta della pelle d'un giallo terreo; le mucose visibili pallide. Lingua alquanto paniosa. Appetito assai scarso; digestioni lente. L'analisi chimica delle urine ha dato questo risultato: Colore giallo; torbidicce; acide; p. s. 1018; senza albumina, senza zucchero; normali i cloruri, i fosfati e i solfati; eccedenza di urofeina; tracce di pigmento incompleto della bile. Urea, grammi 23,80 per mille. Quantità media giornaliera: c.c. 1000.

Ne' tre giorni, ch'io tengo in osservazione la paziente, trovo ch' ella non ha punto di febbre la sera; perocchè nelle ore che accusa maggiore accaloramento e cefalea e sete, il termometro non oscilla che fra 37°,3 e 37°,6 C.; la mattina è costantemente a 37°. Sonni tranquilli. Le materie escrementizie ben trasformate, e colorate fisiologicamente.

Osservazione IX [1]. — Giuseppina Meucci, di anni 21, da Saella (Toscana), lavorante in seta, è accolta nella Clinica Medica Generale di Firenze il 30 maggio 1884.

Fa risalire a dieci anni fa le sue sofferenze. Racconta, che si accorse allora di una intumescenza al quadrante addominale superiore destro; ma non ricorda le particolarità di essa intumescenza a quei tempi, nè come si presentò, nè se seguì a trauma o sforzo; questo solo ricorda, che essa spostavasi evidentemente. Col tempo, andò gradatamente aumentando, e soventi volte era sede di molesta sensazione, come un sordo dolore gravativo. La pelle non si è mai tinta in giallo, e neppur la sclerotica; le funzioni dello stomaco, delle intestina e dell'apparato uropoietico sono state, per tutto il frattempo, normali. Tre mesi addietro, l'intumescenza essendosi fatta più manifesta e recando più che mai molestia alla inferma, questa fu costretta a smettere dalle consuete occupazioni, alle quali aveva potuto fino allora accudire con diligenza. Le principali molestie consistevano in un senso di grave pesantezza all'ipocondrio destro, affanno di respiro anche per lievi fatiche, palpitazioni; e non di rado, la sera, le avvenne di trovare edematosi gli arti inferiori.

Le accurate ricerche su l'anamnesi remota ci fanno conoscere che la Meucci, all'età di 4 anni, cadde da una discreta altezza, ma senza farsi alcun male; e inoltre, che poco prima del 10° anno, fece uno sforzo per sollevare un peso eccessivo, così che sentì improvviso dolore all'epigastrio. Ha quasi sempre portato imbusti stretti. Bambina, sofferse i principali esantemi. Mestruò a 17 anni; poi, dopo un anno di menopausa, questa funzione è stata un po' irregolare quanto a durata, ed ha lasciato, negli intervalli, della leucorrea. La Meucci ha sempre abitato case aerate; ha lavorato in locali spaziosi e s'è nutrita sempre a sufficienza. Nessun elemento morboso ereditario c'è in famiglia.

Stato attuale (30 *maggio* 1884). — La forma del ventre è rotondeggiante, veduta

[1] Questa osservazione debbo alla gentilezza del Prof. Comm. C. Federici, che l'ha raccolta nella sua Clinica dell'Instituto di studj superiori.

così nell'insieme; però, ad un esame più minuto, apparisce leggermente slargata ai fianchi, un poco schiacciata nella faccia anteriore, depressa nella regione ipocondriaca destra. L'ipocondrio sinistro è più sollevato, come da questo lato lo è l'arco costale. La respirazione è a tipo costale superiore: la disposizione della linea xifopubica è invertita e la xifoombellicale è più lunga della xifopubica. Alla palpazione grossolana, una resistenza notevole nel quadrante superiore di sinistra: nel quadrante di destra si ha invece una cedevolezza che permette di infossare le dita sotto l'arco costale. Al palpamento metodico troviamo (sui limiti di questa resistenza) che in alcuni punti la superficie della medesima sfuma gradatamente sotto le mani: in altri offre un margine nettamente apprezzabile. Il triangolo epigastrico è libero da questa resistenza, mentre invece il bordo dell'arco costale sinistro è raggiunto dal suo bordo superiore. Segnando i suoi limiti colla palpazione metodica, si ha una linea curva a convessità verso sinistra e verso il basso. Sotto gli atti respiratorj essa si muove in alto, mentre sta ferma in basso, eseguendo in conseguenza come un movimento d'altalena. Alla percussione troviamo la fossa inguinale sinistra completamente risonante: sulla linea emiclavicolare destra anche due dita sopra l'arco costale troviamo suono timpanitico pieno, che si accentua procedendo verso il basso. Sulla linea mediana e sull'ascellare media di destra suono timpanitico dapertutto. Su tutta l'estensione del tumore, suono completamente ottuso.

Misure del ventre: Circonferenza, in corrispondenza della cicatrice ombellicale, centim. 85; della tangente degli archi costali, c. 81. Linea xifo-pubica c. 26; xifo-ombellicale, c. 19; onfalo-pubica, c. 17; bis-iliaca, c. 32. Dalla spina iliaca anterior superiore di destra alla cicatrice ombellicale, c. 17: tra gli stessi limiti, a sinistra, c. 19.

Misure della resistenza descritta antecedentemente: Lungo la linea mediana, da 6 centim. sotto la base dell'appendice xifoide, misura 22 centim. lungo la parasternale destra; da 7 centim. sotto l'arco costale, misura verticalmente 12 centimetri: il suo estremo destro corrisponde alla emiclavicolare prolungata; lungo la parasternale sinistra dall'arco costale scende in basso per 24 centim.; lungo la emiclavicolare, dall'arco costale scende in basso per 22 centim.; lungo l'ascellar anteriore da quasi tre centimetri sopra l'arco costale, scende in basso 18 centim.; lungo l'ascellare media forma un angolo rientrante colla ottusità splenica superiormente e misura dal livello della 9ª costa, 10 centim. verso il basso. Il suo diametro verticale maggiore ha una lunghezza di 24 centim.; il trasverso di 32: l'obliquo destro di 26, il sinistro di 30, preso dalla emiclavicolare.

Area splenica. — Dall'ottava costa scende in basso per 18 centim. lungo l'ascellar media; lungo l'anteriore per 8; lungo la posteriore, dalla 10ª costa, scende in basso per 10 centim.; posteriormente dista dalla colonna vertebrale di 4 centimetri.

Esame del sangue. — Dalla puntura fatta nell'indice della mano sinistra, si vede

uscire una grossa goccia di sangue molto scorrevole e assai scolorato. A forte ingrandimento, i globuli si presentano piccoli e assai scolorati: alcuni sono irregolari di forma ed hanno apparenza o stellata od ovoide: in mezzo ad essi si vede quantità discreta d'ematoblasti; la fibrina apparisce scarsa e coagula lentamente. All'ematimetro di Hayem: Globuli rossi 3286000; bianchi 3084. Al cromocitometro di Bizzozero: Grado citometrico 3.40; Emoglobina 32.35.

La fisonomia dell'ammalata è tranquilla; la statura piccola; la costituzione organica debole; scarso il pannicolo adiposo; malnudrite le masse muscolari. La pelle di colorito bianco-cereo, le mucose visibili pallidissime; la lingua larga e coperta di patina biancastra. Il torace presenta una rilevante gibbosità da scoliosi. Le escursioni costali sono abbastanza spiegate da ambedue i lati del petto: normali le vibrazioni vocali tattili. La sonorità ha il grado fisiologico d'altezza e un timbro normale da ambedue i lati, e raggiunge, lungo la linea parasternale, la 5ª costa, e lungo l'ascellar anteriore la sesta, a destra. A sinistra, lungo la parasternale arriva alla 4ª, e lungo l'ascellar anteriore, al margine superiore della 6ª. L'impulso cardiaco è debole, celere, frequente, di ritmo regolare, esteso per tre o quattro centimetri tra la parasternale e la emiclavicolare sinistra, col suo massimo al 5° spazio. L'area cardiaca non presenta notevoli modificazioni: solo l'angolo inferiore destro è spostato infuori di circa un centim. Il primo tono su tutti i focolai cardiaci è accompagnato da un soffio breve e dolce; il secondo è dovunque netto. Ai vasi del collo un soffio dolce, più intenso e più prolungato, e che può essere paragonato a rumore di treno in distanza. Il mormorio vescicolare è un po' debole ma senza rumore da ambedue i lati del petto.

Posteriormente, la sonorità polmonare normale per altezza e timbro, raggiunge a destra il livello dell'undecima, a sinistra della decima costa.

Il *Diario* dell'ammalata, negli otto giorni di degenza in Clinica, può riassumersi in questo modo. Dolori addominali, che senza avere alcun rapporto nè di tempo, nè di qualità cogli alimenti, comparivano ad intervalli irregolari, ed or più or meno prolungati, specie nelle prime ore della notte. Nessun giorno l'ammalata ne è stata libera. Questi dolori non avevano sede fissa, ma il loro punto di maggiore intensità era alla regione periombellicale sinistra. La continua diarrea, di cinque o sei scarse scariche giornaliere, fu quasi completamente domata solo con le polveri di magistero di bismuto e tannino. Mai vomito nè vomiturizioni. Il polso oscillò fra le 96 e le 82 battute; il respiro fra 24 e 28. La temperatura tra 37°, 4 e 37°, 6 C.; una sola mattina, senza causa apprezzabile, raggiunse i 38°.

L'analisi dell'urina, giornalmente praticata, diede la quantità media di c.c. 250, reazione acida, p.s. 1028-1039, scarsi i cloruri, i fosfati, i solfati, l'urofeina e l'uroxantina; mancanti l'albume, lo zucchero, i pigmenti biliari. Urea gr. 15,94 per 1000.

Chiudendosi la Clinica, l'ammalata fa ritorno al proprio paese, e si prescrive l'Acqua di Roncegno e una fasciatura ventrale di gomma elastica.

Osservazione X. — Marianna di Ignoti, cameriera, ha passati parecchi de' suoi 27 anni in località malariche diverse, soggiacendo ripetutamente alle febbri intermittenti, a tipo vario; e solo da quattro anni n'è libera, da quando, cioè, è venuta ad abitare Palermo. Dal 21° al 25° anno fu gravida quattro volte, portando a luce a tempo debito cinque bambini, essendo stato il quarto un parto bigemino. Nessun inconveniente accompagnò o seguì i parti, a quanto la Marianna assicura. Nel febbrajo 1882, tre mesi dopo l'ultimo di essi, per cinque o sei sere di séguito ella festeggiò, presso alcune amiche, il carnevale, danzando fino allà stanchezza; ma l'ultima volta dovette smettere ai primi salti di tarantella, stante il sopravvenire improvviso d'un dolore alquanto acuto al fianco destro, dolore che continuò tutta la sera e che la costrinse a mettersi a letto. Il domani, durando tuttavia il dolore benchè mitigato d'assai, fu amministrata una purga d'olio di ricino, attribuendosi quel disturbo a disordini dietetici fatti ne' dì precedenti. Però, a malgrado di copiose scariche ventrali, la sofferenza non andò via del tutto; rimase (dice la paziente) come una trafittura continua in corrispondenza dell'arco costale, trafittura che andette perdendo, nel corso d'una settimana, della sua intensità primitiva, ma che d'allora in poi non s'è mai più dileguata del tutto.

La Marianna ritornò alle ordinarie sue fatiche; ma s'accorse ben presto che non potea durarvi come prima, massimamente se era costretta a star molto all'in piedi od a sollevare de' pesi; perchè in tal caso esacerbavasi la trafittura all'ipocondrio destro in tal modo, che un senso di sfinimento o di vertigine l'assaliva, costringendola tosto a sedersi. Del rimanente ella stava abbastanza bene, con funzioni digestive perfettamente fisiologiche.

Nel carnovale 1883, provando a ballare, fu ripresa da violento dolore, che dall'ipocondrio destro stendevasi a tutto l'addome. Adagiatasi sul letto, poco appresso tornava la calma e quindi il sonno, che durò fino al domani. Svegliata, si palpò il ventre, per assicurarsi che ogni sofferenza era ita via, ed allora si accorse di un corpo duro e un po' dolente, che occupava la metà destra e che, spinto dalla mano, si movea libero in tutti i sensi. Levossi con la volontà di consultare un Medico; ma poi se ne rimase, distoltane da un'amica, che come levatrice credevasi in diritto di interloquire in cose mediche e che l'assicurò esser quella la *matrazza* (matrice), che solitamente fa di questi scherzi quand'è in riscaldo (la Marianna era allora mestruante).

Per quindici mesi ancora non si ebbero novità; però nel maggio 1884 sopravvennero inappetenza, disturbi intestinali (diarrea), pena continua all'epigastrio, stanchezza, e sopra tutto poi un molesto senso di peso all'ipocondrio destro; peso, che diminuiva, ma non cessava del tutto, quando l'inferma stava seduta o coricata. Il 18 giugno ella viene a consultarmi, ed ecco qui i risultati dell'esame da me praticato.

Stato attuale. — Statura bassa; colorito della pelle giallo-terreo, delle mucose pallido; tessuto cellulo-adiposo piuttosto scarso; masse muscolari discrete.

Il ventre ha, nell'insieme, la figura fisiologica; se non che, nel quadrante superiore destro presenta un rialzo, che trasversalmente si stende dall'epigastrio alla cresta iliaca e che sorpassa di quasi un centimetro il piano del torace. Sotto gli atti respiratorj si vede questa intumescenza seguire d'alto in basso i moti del diaframma, per la estensione d'un centimetro, come ce ne dà conferma il palpamento e la percussione. Mercè questi due mezzi fisici, si trova la notata intumescenza essere prodotta da un tumore liscio, di forma ovoide, che ha l'apice minore all'epigastrio, insinuantesi sotto l'arcata costale sinistra (linea parasternale) per 2 centimetri, e l'apice maggiore alla cresta iliaca destra; il margine superiore segue l'andamento dell'arco costale, cui lambisce appena, mentre l'inferiore procede obliquamente dalla cresta iliaca al punto cennato dell'arco costale sinistro, seguendo una curva lieve a convessità inferiore; questa curva incontra la linea alba a 2 centimetri sopra l'ombellico, e nel punto di incontro è interrotta da un breve rientramento. Il margine superiore non si può, colla palpazione, apprezzare completamente, chè lo impedisce la tensione delle pareti ventrali; mentre l'inferiore si contorna benissimo fino all'epigastrio e si può sentire ch'è alquanto acuto. Nessuna resistenza incontra la mano in tutte le altre parti del ventre, ch'è molle ed a pareti sottili, nè provoca dolore; sul tumore predetto però lo eccita abbastanza. Nella giacitura laterale non c'è spostamento del tumore, o è insensibile; in posizione eretta, invece, vedesi chiaramente abbassarsi in massa per un centimetro e mezzo, fatto ch'è benissimo avvertito e notato dalla malata stessa da circa due mesi.

Con la percussione si ottiene ottusità completa su tutto il tumore; timpanismo chiaro e profondo in tutto il rimanente dell'addome, non esclusa la smancatura del fianco destro e l'arcata costale dello stesso lato, ne' quali due punti però è più breve e superficiale. Rimontando sul torace, a livello dell'8ª costa nella linea emiclavicolare, finisce il suono chiaro timpanico e comincia il chiaro polmonare. Posteriormente, questo mutamento avviene a livello della 10ª costa.

Il tumore può, sospinto a gradi, ricondursi in alto, sotto le coste; ma non del tutto, perchè il margine inferiore resta sporgente da queste per quasi due dita trasverse. In tale posizione del tumore si modifica, com'è naturale, la risonanza, e però si ha ottusità quasi completa all'arco ed all'ipocondrio destro. Posteriormente però alla base, non s'ottiene modificazione di sorta.

Le misure del tumore sono: nel diametro più lungo, dalla cresta iliaca all'arcata costale sinistra, centim. 24; nel più corto, perpendicolarmente al primo, centim. 16. La milza ha la lunghezza di centim. 18, la larghezza di 11, sta alquanto all'in dietro, sotto alla volta del diaframma. Sani i visceri contenuti nella cavità del torace. Le orine non presentano di anormale che un eccesso di urofeina.

Dice la inferma che, da poco più di un anno, non può tollerare imbusti che la stringano molto alla vita, mentre in antecedenza era solita fin da piccola a portarli strettissimi, tutt'i giorni.

§ 3. Da' suesposti casi clinici, non poca luce viene alla etiologia e patogenesi del fegato ambulante. È un'affezione, questa, *sempre acquisita, propria dell'età adulta*, mentre è rara nella giventù, rarissima nella fanciullezza. Non mancano le osservazioni nella età vecchia; e il ragionamento su le cause predisponenti, alle quali tosto verremo, porterebbe ad ammettere eziandio come particolarmente facile nella vecchiaia lo spostamento del fegato; ma se consideriamo, da una parte, che nella età avanzata mancano o sono assai rare le cause determinanti; e dall'altra, che, nei fatti osservati, lo spostamento durava da anni; uopo è conchiudere, ch'è precisamente l'età adulta che reca il contingente maggiore, perchè più che altra disposta. Le dieci storie mie, di fatti, in conformità a quelle messe fuori dagli altri, mi dànno: tre casi (30 %) da' 18 a' 30 anni; sei casi (60 %) da' 31 a' 50 anni; uno solo (10 %) a 55 anni.

La *costituzione* non esercita nessuna influenza etiologica; che anzi, se avessi a tener presenti solo gl'infermi miei, dovrei dire che gl'individui a scheletro bene sviluppato hanno la prevalenza de' due terzi, circa, su quelli a scheletro deficiente. Ma questa è pura accidentalità. Influisce, per contro, e molto, la nutrizione generale; essendo il *deperimento de' tessuti* una cagione evidentissima e quasi costante del rilasciamento de' ligamenti sospensorj epatici, sia che lo prepari lentamente, sia che lo produca in breve spazio di tempo [1]. Esaminando, sotto questo aspetto, le mie dieci storie, trovo questa causa di deperimento: *a*) Nella infezione malarica precessa, non breve nè senza conseguenza sugli organi ematopojetici, in ispecie sul fegato (*Osserv. IV, VII, VIII, X*);— *b*) Nelle copiose perdite di sangue (*Osserv. V*); — *c*) Nell'allatta-

[1] Il Cantani crede che, « senza un'alterazione nutritizia nelle pieghe peritoneali legamentose del fegato con consecutivo rilasciamento delle medesime, non si possa mai dare il caso d'un fegato ambulante, che fosse normale di peso »; il Winkler ammette una degenerazione grassosa de' ligamenti sospensorj; il Meissner combatte queste opinioni.

mento molto prolungato (*Osserv. V, VIII*);—*d*) Nelle gravidanze multiple e negli aborti (*Osserv. III, IV, V, VIII, X*); — *e*) Nella dispepsia di lunga data e nella clorosi (*Osserv. II, IX*).

Già, le *gravidanze multiple* ora menzionate, oltre allo esaurimento che ingenerano nella donna, sono per sè stesse causa efficacissima predisponente dello spostamento di fegato, per la distensione e l'assottigliamento che arrecano nelle pareti del ventre; distensione ed assottigliamento, che, restando poi permanenti nella maggioranza de' casi, fino a portare a quello sventramento enorme che notammo nella inferma Lucchesi (*Osserv. VI*), fanno perdere quel validissimo sostegno che mantiene principalmente in sito i visceri addominali e ch'è dato dalla tonicità muscolare.

Un'altra causa, abbastanza valevole e frequente, è l'*uso abituale del busto assai stretto* intorno alla vita. La moda, e più che la moda, il desiderio di apparire snelle in cintura, spinge le donne ad attentare alla propria salute, col costringere entro limiti impossibili la base del torace; quindi la necessità, per il polmone, di espandersi dalla sola parte onde è più agevole o possibile, cioè dal diaframma; il quale, perciò, raddrizzandosi violentemente, sforza alla sua volta in giù i visceri ipocondriaci; e da qui la sporgenza del fegato, oltre l'arcata costale, che troviamo nelle donne quasi abitualmente; e dico solo del fegato, perchè, nello stato fisiologico, la milza ha sì scarso volume, che spinta in giù, anche nella massima discensione del diaframma, non giunge ad oltrepassare l'arco delle coste. Or, data questa condizione nelle donne, è facile comprendere come in esse agevolmente si stabilisca lo spostamento del fegato, non appena le altre cagioni o in tutto o in parte vi concorrano.

Queste due cause ultime principalmente, (uso abituale di busto assai stretto e gravidanze multiple), ci spiegano chiaro perchè il *sesso femminile* presenti di preferenza l'affezione di cui stiamo occupandoci; anzi, fino al 1876, fu ritenuto che soltanto nelle donne si riscontrasse; ma il caso di Wassiljew prima, per quanto

poco tipico, ed ora il mio (*Osserv. VII*), ch'è ad eccellenza dimostrativo, ci portano a questa indubbia conclusione: Che il fegato ambulante si produce eziandio nell'uomo, avvegnachè in proporzioni ristrettissime. Così ugualmente è da dire, che se, tra le donne, quelle che hanno fatto molte gravidanze forniscono il maggior numero de' casi, ciò non esclude che donne o ragazze, che mai non furono gravide, vadano esenti da questo male (*Osserv. I, II, IX*).

In fine, la *professione* e le *condizioni di vita* non trovo che meritino molta considerazione ne' fattori etiologici e patogenetici del fegato spostato; perocchè a canto alle operaje e povere, troviamo le persone agiate e che menano vita sedentaria.

Il prolasso del viscere, ne' più de' casi, producesi gradualmente, insensibilmente, in un periodo di tempo variabile, però sempre abbastanza lungo di parecchi mesi o di anni; ma non di rado è una causa violenta che lo determina improvviso, date (si intende) le cause predisponenti. Così, in quattro de' nostri casi, al prolasso fu causa occasionale e immediata la *lunga e faticosa stazione all'in piedi*, un *calcio alla regione epatica*, degli *sforzi straordinarj* per sollevare grossi pesi, e il *ballo a salti eccessivo* (*Osservazioni II, IV, V, X*). In un quinto caso (*Osserv. VI*) manca la causa violenta dell' improvviso manifestarsi del fegato ambulante; ma devesi anche qui riconoscerla nella stazione all'in piedi, essendosi la puerpera levata di letto appena 24 ore dopo lo sgravo e senza pigliare precauzione alcuna (fasciatura del ventre ec.), mentre le sue pareti addominali erano enormemente assottigliate e cascanti.

Insieme al salto, tra le cause determinanti debbonsi collocare l'*equitazione al trotto immoderata* e la *caduta su' piedi*. Non ho osservato casi di prolasso completo di fegato, dovuti a queste due cause; ma un prolasso incompleto per esse ho avuto agio di vederlo; e però ragionevolmente è da ammettere, che quello che in parte si è prodotto, possa ben prodursi in tutto. Le due osservazioni riguardano: La prima, il mio fratello Francesco, il quale

al 1871, dopo una corsa di alquante miglia fatta al trotto, fu preso d'un tratto da violento dolore e da senso di stiramento al fianco destro, in corrispondenza della 7ª costa; e tale fu la sofferenza, ch'egli dovette scavalcare e adagiarsi; e non potè ripigliare il viaggio che lentamente ed a piedi, dopo due ore di riposo. Io constatai, poco appresso, che il bordo epatico sporgeva di tre buoni centimetri dall'arcata costale; ma, studente in medicina allora e non ben sicuro del fatto mio, condussi il sofferente dal mio stimatissimo maestro il venerando prof. Nicolò Cervello, che confermò la osservazione e segnò le opportune prescrizioni igieniche e terapeutiche. Trascorsi quattro o cinque mesi di riposo e di cura tonica, il fegato era tornato ne' confini normali, ed ogni sofferenza del fratel mio affatto cessata; ma egli, ripigliando tutte le abitudini di prima, non s'attenta da quel tempo di ripigliar più, cavalcando, nè il trotto nè la corsa. — La seconda osservazione si riferisce ad un giovane manovale, tal Vincenzo Moscuzza da Palermo, che saltando da un ponte alto 6 metri circa e battendo su' calcagni, rimase accoccolato in terra, nella impossibilità di muoversi, per un fortissimo e sùbito dolore alla regione epatica. Condotto allo Spedale della Concezione, il 27 ottobre 1883, io non constatava altro che la sporgenza del fegato per due dita trasverse dall'arcata costale. Diciotto giorni di assoluto riposo in letto bastarono a rimettere il viscere nello stato normale, sì ch'io licenziai il Moscuzza; ma dopo, non ho più avuto agio di rivederlo.

§ 4. Senza indugiarci a ripetere quel che tutti conoscono, l'anatomica posizione del fegato e la forma e il volume de' ligamenti che lo tengono in sito, vediamo piuttosto il meccanismo con cui il prolasso epatico ha luogo, e quale parte de' ligamenti cedano a preferenza, e in che condizioni si ritrovino ed essi ed il fegato, quando il prolasso è completo e dura da tempo non breve.

La distensione e l'allungamento in massa di tutti e quattro i

ligamenti non è il caso più comune; non è raro però, ed una delle osservazioni mie (I) ne porge un bell'esempio. In questo caso, obbedendo alle leggi della gravità, il viscere segue un movimento di rotazione sul suo asse trasversale, dall'indietro all'avanti, in maniera che la superficie diaframmatica viene a farsi anteriore, ed il margine, che d'ordinario guarda verso il pube, viene a guardare il parete posteriore della cavità dell'addome. Ma con maggior frequenza si trova, ch'è uno de' ligamenti laterali che cede; ed il fegato allora, facendo punto fisso d'uno de' suoi estremi, gira intorno ad esso come raggio fissato al centro d'un cerchio. Ne' casi clinici che portano i numeri II, III, IV, fermo in sito o quasi è rimasto l'estremo destro del fegato, mentre il ligamento laterale sinistro, allungandosi, ha permesso al lobo minore di scendere in basso verso il pube; ma più comunemente accade che fermo in sito rimanga l'estremo del lobo sinistro e la discensione si effettui da parte del destro, per l'allungamento del ligamento laterale di destra, come si vede dalle osservazioni segnate co' numeri V, VI, VII, VIII, IX, X. Questa maggiore frequenza e facilità di spostamento del lobo destro si spiega non difficilmente, ed ha sua ragione fisica nel maggior volume e peso del lobo destro. Si intende da sè, e occorre appena avvertirlo, che il ligamento sospensorio o grande falce ed il ligamento coronario seguono o di qua o di là i maggiori distendimenti, dove la forza maggiore li tira.

E precisamente la distensione del ligamento laterale destro ha fatto le spese più che altro al prolasso del fegato nella Lucchesi (*Osserv. VI*); distensione enorme, e che nondimeno, come dimostrò la necroscopia, non era accompagnata da lacerature, bensì da perdita della elasticità. Questo ligamento, e il sospensorio con esso, per quanto la osservazione macroscopica potè dirmi, non era in preda a processo di degenerazione alcuna. Nè il volume, nè la forma, nè la consistenza, nè la struttura del tessuto epatico apparvero (come abbiam visto) in nessun modo alterati; fatti, questi, che ad evidenza dimostrano: potere il viscere spostato

conservare per lunghi anni la integrità anatomica, allo stesso modo che conserva la integrità funzionale fisiologica. Diversamente procedono le cose quando un processo morboso proprio del fegato, o esteso alla capsula od al tessuto proprio dagli organi e tessuti vicini, viene ad alterarlo; ma qui di leggieri s'intende che l'alterazione è dovuta a cagioni affatto estrinseche, le quali non han che vedere con la distopia di fegato. Ben è vero, peraltro, che per il cambiamento di sede, questo viscere viene a trovarsi privo della difesa naturale e valevolissima delle coste, ed esposto per conseguenza a tutt'i traumi esterni, quasi direttamente; e da qui i processi di peritonite parziale o peri-epatite, de' quali ci porgono esempio netto le inferme Surci e Testaverde (*Osserv. I e IV*). Ma eziandio senza traumi diretti, più o meno violenti, un lieve processo cronico di peri-epatite si stabilisce a lungo andare; e ad esso, fuor d'ogni dubbio, si deve attribuire quella limitazione della mobilità del viscere or più or meno notevole, limitazione che riscontriamo nella più parte de' casi di lunga data, mentre non si riscontra ne' casi recenti.

Il Wassiljew, che ha praticato l'autopsia in un bambino con fegato migrante, sostiene che questo si stabilisce solo allora che i ligamenti hanno subíto un allungamento patologico, o presentano una estendibilità anormale; ma, d'altra parte, può ben coesistere con una disposizione normale de' ligamenti, o anche è dovuto all'esistenza congenita d'un ligamento meso-epatico la cui possibilità è oggi dimostrata, e che egli, il Wassiljew, riscontrò appunto nel bambino che notomizzò. E il Meissner già innanzi a lui (seguíto indi dal Leopold) aveva ammesso prodursi il fegato ambulante ne' casi in cui l'organo è attaccato al diaframma per mezzo di questa sottile bandellina meso-epatica.

§ 5. I primi sintomi, avvertiti dagl'infermi quando il fegato, dislogandosi, ha attinto le parti più basse della cavità addominale o vi è assai prossimo, consistono in un penoso senso di peso appunto al basso ventre, quasi sempre circoscritto al lato destro;

senso di peso a cui s'accompagna spesso l'altro di insolita pienezza, ed anche (in un terzo de' casi) di stiramento molesto alla regione ipocondriaca destra. Ma sempre inosservato e inavvertito passa il primo principio del prolasso, quand'esso compiesi con lentezza e per gradi; se però compiesi d'un colpo, od almeno in un periodo di tempo brevissimo, allora, non solo i soprasegnati sintomi hanno luogo più distintamente, ma si manifesta un dolore intenso, lancinante, che obbliga i pazienti alla immobilità assoluta. Svogliatezza, e malessere generale, e pena all'epigastrio (*dica*), e facile stanchezza, non tardano ad accedere, ma non in tutt' i casi; come in pochi, altresì, (talvolta subito, talvolta dopo alcun tempo), veggonsi i disturbi ventrali, consistenti in diarree non gravi, accompagnate per solito a tormini, e qualche rarissima volta provocanti itterizia.

Questi fenomeni, (che secondo risulta dalle storie cliniche, non di rado vengono trascurati, come cosa di niuna importanza), allorchè richiamano l'attenzione de' pazienti, rendono questi accorti del tumore che improvviso, o quasi, è venuto a manifestarsi in insolita regione del ventre. E accade allora che, o i pazienti si preoccupano fortemente di questo tumore, che reputano d'indole maligna; o, non facendone pur molto conto, ne seguono vigili l'andamento e le modificazioni ed i sintomi a cui dà luogo. Tutti in sostanza notano che, innocuamente e senza impedimenti serj alle proprie occupazioni giornaliere, si può il tumore portare in santa pace per anni ed anni, a meno che circostanze straordinarie occasionali non sopravvengano a recargli nocumento. E noi veggiamo, in prova, tra' nostri dieci casi la durata innocua del fegato migratorio giungere fino a 18, a 20, a 25 anni. Tutti notano, altresì, che il senso di peso al basso ventre (per mera eccezione non avvertito in casi rarissimi) suole recar molestia in ispecie nella stazione in piedi e nella deambulazione; in vece, nella giacitura orizzontale, dà non poca noja lo spostamento del tumore o a sinistra o a destra, a seconda de' cambiamenti del corpo su l'uno o su l'altro fianco; ma è da avvertire, che mentre lo spostamento

a destra è non sempre dimostrabile ed in ogni caso poco sensibile, quello a sinistra non suole mancare ed è evidentissimo. Nella metà circa de' casi, poi, non mancano di farsi sentire sul tumore stesso, a quando a quando, de' doloretti discreti e non durevoli, dovuti a' facili urti ed alle inconsuete pressioni ch'esso riceve, trovandosi privo del suo naturale usbergo costale.

I fatti obbiettivi, proprj del fegato ambulante, sono questi:

a) Un tumore, che fa rilievo alquanto irregolarmente nella metà destra del ventre, spesso in prossimità della linea mediana, e che col limite inferiore attinge la branca orizzontale del pube o vi sta molto da presso. Questo tumore, per lo più di forma ovoide, presenta il volume e la consistenza del fegato normale; superficie liscia; margini netti, di cui i superiori tondeggianti e gl'inferiori alquanto taglienti; ne' quali ultimi può riscontrarsi una incisura, semprechè il rilasciamento delle pareti ventrali lo consenta. Qualche volta, sotto a questa incisura, si può sentire un tumoretto mobile, della grossezza d'una noce (cistifellea).

b) Contornando il margine dell'estremo più basso del tumore, anche quando adagiasi sopra il pube, si trova ch'esso non ha nessuna continuità o connessione con gli organi della piccola pelvi.

c) Esso tumore è mobile. Capace di piccoli spostamenti laterali, si lascia invece con facilità sospingere affatto in alto, verso l'ipocondrio destro, sotto a cui puossi in totalità o quasi ricollocare; ed allora, se viene sostenuto in questa regione, presenta la figura e le misure d'un fegato fisiologico. Tolto il sostegno, il tumore, sotto gli atti del respiro, ridiscende a gradi, fino a ripigliare il sito e la posizione di prima. Tutte le manovre sul tumore riescono abbastanza ben tollerate.

d) I movimenti respiratorj, anche ordinarj, si trasmettono al tumore più o meno sensibilmente, pur quando l'estremo inferiore poggia su la branca orizzontale del pube; ma in quest'ultimo caso puossi constatare solo il movimento dell'estremità superiore, a guisa di movimento d'altalena dall'indietro all'avanti.

e) Con la percussione si ottiene risonanza completa timpanica profonda su tutta la regione del fegato; risalendo più in alto, si passa senza intermedj al suono chiaro del polmone; più in basso, si continua il timpanismo degl'intestini per tutto l'àmbito addominale; salvo che ne' confini entro cui si circoscrive il tumore, il quale rende un suono assolutamente ottuso.

f) La regione ipocondriaca destra apparisce depressa, in paragone della sinistra, e qualche volta vi si riscontrano avvallati fino gli spazj intercostali, dal 7° in giù. L'arco delle coste si designa per solito più nettamente, stante la maggiore depressione delle pareti ventrali subito sotto di esso.

g) Alla regione splenica, ed alla regione renale si riscontrano le rispettive aree di ottusità della milza e de' reni.

h) Lo stato generale, a malgrado la lunga durata della affezione, si mantiene abbastanza lodevole. Le funzioni digestive procedono anch'esse senza molti inconvenienti. La secrezione renale non è turbata per nulla; e se qualche volta nelle urine veggiamo soprabbondare l'urofeina, ciò devesi agli affetti della infezione malarica, che gl'individui in osservazione avevano subíta in antecedenza.

§ 6. Dall'insieme di tutti questi elementi etiologici e sintomatologici scaturisce chiara e senza ostacoli la *diagnosi*. Ben è vero che accidentali malattie, che colpiscano il fegato o gli altri organi addominali, possono modificare più o meno sensibilmente i fatti obbiettivi e le condizioni fisiche che li dimostrano, sì da ottenebrare, o rendere assai difficile il giudizio diagnostico; ma il Clinico, che avrà convenientemente tenute d'occhio e valutate le complicazioni morbose intervenute nel ventre insieme alla distopia di fegato, non ismarrirà il filo per uscire dal labirinto, dato pure che grande intralciamento e confusione di cose abbia a verificarsi. Con una esatta storia anamnestica, con un diligente esame obbiettivo, non isfuggirà nulla di quanto importa per metterci su la giusta via della diagnosi; e certo non si farà

confusione di un fegato migrante con una milza o un rene ipertrofico pur essi migranti, nè con una ciste, nè con un tumore di natura diversa; nè passeranno inosservate le ipertrofie, che nei visceri ipocondriaci possono riscontrarsi, nè gli essudati consecutivi ad un processo infiammatorio (acuto o non) del peritoneo.

Si badi, peraltro, a non confondere con un vero e proprio fegato ambulante quegli abbassamenti e dislogamenti del viscere, che dipendono o dall'età o da condizioni patologiche diverse del torace e dell'addome. Si tenga presente che in un fanciullo il fegato è, proporzionatamente agli altri visceri, più grosso, e che però fa sporgenza dall'arco costale. Si tenga presente che un torace ristretto, o per rachitismo o per compressione esterna (come abbiam visto che succede nelle donne), dà luogo ad un sensibile abbassamento di fegato; e lo stesso può accadere negl'incurvamenti ed in certe deformazioni del torace, che avvengono in seguito a malattie della cassa toracica stessa, o degli organi ch'essa protegge (ad esempio, per la pleurite essudativa). « Nell'enfisema polmonale, (scrive il Bamberger), negli essudati pleuritici, nel pneumoterace, negli essudati peritoneali raccolti tra il diaframma ed il fegato, questo viene spinto verticalmente in basso; negli alti gradi delle prime alterazioni, nelle quali il diaframma non solo è perfettamente spianato ma perfino convesso all'in giù, il fegato perde interamente la sua propria giacitura nell'ipocondrio destro e viene spinto completamente in basso, anteriormente contro le pareti addominali e più o meno all'interno verso la linea mediana del corpo [1] ». Or, in tutte queste condizioni, c'è evidentemente un dislogamento del fegato, ma non si dirà che si abbia un fegato ambulante; perchè in quest'ultimo, condizioni essenziali sono: la mobilità, la distensione ed allungamento de' ligamenti sospensorj, la completa indipendenza da qualsiasi malattia o anomalia d'altri organi o visceri.

[1] H. Bamberger, *Trattato clinico delle malattie del sistema chilopojetico*, sezione quinta, § 2, pag. 579-580 (Napoli, Jovene, 1874).

§ 7. « La *prognosi* ed il *significato patologico* di quest'anomalia (fo mie qui le parole del prof. Cantani) devono essere gli stessi della milza e del rene ambulanti. È vero che pure i vasi sanguigni, e in ispecie la vena porta, non che il condotto coledoco, devono soffrire per stiramento e prolungamento, e non sarebbe impossibile che, in qualche caso, ne risultassero spiacevoli conseguenze. Ma... è da ricordarsi in ispecie, che come lentamente succede il prolungamento de' legamenti sospensorii, così pure avviene successivamente quello de' vasi sanguigni e del condotto coledoco, i quali oltrecciò sono più stirabili che una piega peritoneale. S'intende che in proposito deve per il fegato succedere lo stesso che per riguardo ai vasi avviene per la milza ambulante, e riguardo ai vasi ed all'uretere per il rene ambulante; se si può tollerare quest'anomalia quando spetta al rene, la si può di certo soffrire senza grave pregiudizio della salute anche riguardo al fegato, le cui affezioni sono molto meno micidiali di quelle dei reni. — Potrebbe dal legamento, prolungato e trasformato in un più o meno fissato cordone, venir favorita una ruotazione o torsione di anse enteriche mobili, fino alla completa impermeabilità dell' intestino; ma lo stesso pericolo esiste, specialmente, anche per la milza ambulante (meno per il più leggiero rene ambulante), e non di meno, per fortuna, gli ammalati rispettivi non muoiono che assai di rado da questa complicazione [1] ».

I fatti clinici, però, hanno fino a qui dimostrato, che la complicazione più comune, o dirò meglio, la conseguenza facilissima e quasi necessaria del fegato ambulante, è la peritonite, acuta o cronica, e da essa nasce il maggiore pericolo. Lo ripeto: nella nuova e non natural sede, il viscere trovasi perennemente esposto a' traumi; e se pure da questi possono preservarlo cautele e riguardi accuratissimi, non lo preserveranno certo da quelle piccole ma continue pressioni, che son dovute alle indispensabili

[1] A. Cantani, *Caso di fegato ambulante*. Terza edizione, a pagina 9. (Milano, Dr. F. Vallardi, 1868).

contrazioni de' muscoli addominali e che son valevoli ad accendere de' lenti e ripetuti processi infiammatorj nella capsula epatica. Sicuramente, poichè sono tutt'altro che scevri da pericolo [1], non sono neanche desiderabili questi processi di peritonite parziale o peri-epatite, per quanto lievi, e con ogni mezzo dee procurarsi che si evitino; ma, in ultima analisi, quando o per accidentale trauma o per inevitabile graduale pressione il processo infiammatorio ha avuto luogo senza esito sinistro, noi dobbiamo esser lieti dell'ultimo risultato, ch'è quello delle aderenze; perchè per esse il viscere resta fisso, e però nella condizione più favorevole per dare meno sofferenze e meno pericoli a' pazienti (v. *Osservazioni I, IV, IX*).

E di fatto, poichè a mezzi curativi diretti del fegato ambulante è inutile pensare (non potendo i ligamenti allungati raccorciarsi, nè rimettere stabilmente il viscere nella sede propria), i nostri consigli terapici o, dirò meglio, igienici, per esso, mirano a procurare che il prolasso e la mobilità rimangano limitati al possibile, che ogni azione esterna più o meno violenta si eviti in tutt'i modi. A tal uopo, oltre agli opportuni avvertimenti, speciali alle varie condizioni individuali, abbiamo sempre consigliato una fasciatura contentiva intorno all'addome, nella sezione inferiore, simile a quella che suolsi adoperare in donne che per ripetute gravidanze hanno il ventre cascante, o in individui a ventre voluminoso. L'uso di questa fascia, per quanto riesca un po' incomodo per sè stesso, ha procurato sempre agl'infermi un notevole alleviamento delle sofferenze, una maggior libertà e sveltezza nei movimenti. Se poi complicazioni morbose esistono, se cause permanenti o transitorie apportano altri disturbi o patimenti, verrà il Medico volta a volta a que' provvedimenti curativi che il caso speciale richiede, e di cui non occorre che qui tenghiamo parola.

[1] Il Leopold chiama l'attenzione sopra il caso d'una donna, nella quale la peritonite cronica, provocata dal fegato mobile, terminò fatalmente.

§ 8. In conclusione, il fegato ambulante costituisce una anormalità che non è poi tanto rara, quanto s'è creduto fin ora, e che bisogna conoscere e ptener resente, per evitare errori di diagnosi, non sempre innocui, e cure inopportune o dannose; e però non reputo opera inutile lo aver messo fuori queste mie osservazioni cliniche, con le quali, se l'amor proprio non mi fa travedere, credo di aver recato anch'io un contingente non disprezzabile alla illustrazione completa dell'argomento.

ANNOTAZIONE

La bibliografia de' casi di fegato ambulante è questa, che ritengo completa.

Avverto, che nel testo, a p. 185-186, dopo i nomi del Meissner e del Legg, è sfuggito quello dei dottori Barbarotta, Schtscherbakow e Rudow, che segno appunto qui per riparare alla omissione tipografica, molto più che, se mancano i casi clinici pubblicati da questi dottori, i casi segnati nel testo non sarebbero più ventitrè, come bene ivi è detto, ma ventuno.

Cantani (*Arnaldo*). Caso di fegato ambulante, nota. (*Annali universali di medicina* di Milano, vol. CLXXXXVIII, serie quarta, vol. LXII, pag. 373 e segg.). Venne anche stampato a parte, e poi ne fece una terza edizione, al 1868, il Vallardi in Milano.

Piattelli (*Romolo*). Caso di fegato ambulante. (*Rivista clinica* di Bologna, anno 1868).

Meissner. Foie dans la région ombilicale. (*Schidt's Jahrb.* 1869, 141, p. 109; — Blet, *Étude sur le foie mobile*, pag. 30).

Barbarotta (*Giacinto*). Nuovo caso di fegato ambulante, lettera al prof. Arnaldo Cantani. (*Il Morgagni*, anno XII, pag. 848 e seg., Napoli, 1870).

Vogelsang. Foie dans la région iléo-caecale. (*Memorabilien*, n. 2, 1872; — *Virchow's Jahrb.* 1872, 2, pag. 172; — Blet, loc. cit., pag. 31).

Winkler. Foie mobile. (*Archiv für Gynäkologie*, 1872, IV, pag. 145; — Blet, loc. cit., pag. 31-32).

Salomone Marino (*Salvatore*). Due nuovi casi di fegato ambulante, osservati nella Clinica Medica di Palermo, diretta dal Cav. Prof. Cesare Federici, ed esposti. Palermo, Tipografia editrice, 1873.

— — Contributo alla patogenesi del fegato ambulante. In Palermo, pei tipi di G. B. Gaudiano, 1874.

Leopold (*Gerhard*). Zur Lehre der Wanderleber. Ein Beitrag zur Diagnose der Unterleibstumoren. Leipzig, 1874. (*Revue des sciences médicales*, a. VI, t. XI, pag. 128. Paris, 1878).

Tempini. Un quinto caso di fegato ambulante, con doppio vizio organico di cuore: comunicazione e considerazioni. (*Gazzetta medica italiana: Lombardia*, a. 1875, vol. XXXV, serie VII, tomo II, pag. 233, 242, 249).

L'A. a pag. 249, in una nota, rettifica l'asserzione che il suo sia il *quinto caso* di fegato ambulante, e addita gli altri quattro messi a stampa dal Salomone-Marino; ma sconosce quelli di Vogelsang, Winkler e Leopold.

Soutuguin. Foie dans la région ombilicale et l'hypochondre droit. (*Medicinsky Westnick*, 1875; — Blet, loc. cit., pag. 34).

Chvostek. Foie dans l'hypochondre gauche et la région ombilicale. Réduction possible. (*Wiener Medizinische Presse*, n. 26, 21 juin 1876, pag. 885; — Blet, loc. cit., pag. 35).

Concato (*Luigi*). Distopia di fegato. (*Rivista clinica* di Bologna, serie seconda, anno VI, marzo 1876).

Blet (*Louis-William*). Étude sur le foie mobile. Thèse pour le doctorat en médecine. Paris, A. Parent, 1876.

Wassiljew (*P.*). Ectopie du foie et de la rate. (*St.-Petersbourg med. Wochench.*, n. 30, 1876; — *Revue des sc. méd.*, a. V, 1877, t. IX, p. 800, et a. VI, 1878, t. XI, pag. 128).

Legg (*Wickham*). Note sur le foie mobile. (*St. Barthol. Hosp. Report.*, XIII, 1879, pag. 141; — *Revue des sc. méd.*, a. VII, t. XIII, 1878, pag. 771).

Schtscherbakow et Rudow. Un cas de foie mobile. (*Journal hebd. de méd. de St.-Petersbourg*, n. 10, 1879; — *Revue des sc. méd.*, a. VIII; 1880, t. XVI, p. 637).

De Dominici (*Nicola*). Manuale di semiotica fisica ad uso dei giovani e dei medici pratici. Napoli, Detken, 1883: Prima parte, pag. 113, in nota.

Arini. Observation d'un foie flottant. (*Anales del Cerculo med. Argentino*, 1884. — *London med. Record*, 15 apr. 1884).

VI.

ASCESSO EPATICO.

§ 1. Il Prof. Ughetti lamentava recentemente che lo studio delle malattie del fegato in genere e della epatite suppurativa in ispecie sia stato in Italia trascurato assai, quantunque, senza pur uscire di casa nostra, ci sia dato disporre di un materiale abbastanza ricco. E ben a proposito egli aggiungeva, che sull'epatite suppurativa, tutt'altro che rara nelle province meridionali del nostro Paese, regnano ancora (massime in rapporto alla etiologia e patogenesi) delle incertezze e delle oscurità, che sono non meno nocevoli agli ammalati che pregiudizievoli alla scienza [1].

A queste giuste osservazioni, l'egregio Professore fa seguire un'altra asserzione, che ha bisogno di rettifica. Egli nota, con un certo rammarico, che non ha trovato nessun caso di ascesso del fegato nell'*Osservatore medico* di Palermo di un ventennio, mentre in questa città, per ragion del clima, se ne sarebbero dovuti trovare abbastanza. Lasciamo stare che l'*Osservatore medico* (che pur die' fuori un caso di ascesso di fegato dall'Ughetti non visto [2])

[1] G. B. Ughetti, *Contribuzione allo studio della epatite suppurativa in Italia;* nella « Rivista clinica » di Bologna, anno 1884, pag. 1057 e segg.

[2] Terza serie, anno XXXI, vol. XIII, 1883, fascicolo 2° (marzo e aprile).

non ha avuto la privativa di rappresentare esso solo, fin ch'è vissuto, la scienza medica di Palermo e della Sicilia, mentre altri Periodici e non senza fama hanno fatto conoscere gli studj clinici de' Professori delle siciliane Università e de' Pratici dell'Isola; ma che Palermo, per ragion del clima, abbia a dare un numeroso contingente alla epatite suppurativa, questa è una supposizione a priori, che non trova conferma ne' fatti, a' quali solamente è da attenersi.

E i fatti, per quanta cura d'indagine io abbia messa per presentarli al completo, ci dicono che Palermo e sua provincia dànno un ben tenue contributo agli ascessi del fegato. A stampa, non sono a mia cognizione che tre soli casi: il primo, assai vasto, apertosi allo esterno pe' bronchi prima e per gl'intestini poi, venne osservato dal De Lisi, il quale però non ne fece niun conto e molto meno illustrazione [1]; il secondo, fu esposto e commentato con la consueta valentia dall'illustre Prof. Maggiorani [2]; il terzo, in fine, messo fuori con brevi considerazioni dal Dr. Vincenzo Romano [3]. Di inediti, nel corso di quattordici anni (1871-1884), giovandomi e del ricchissimo materiale della Clinica Medica e degl'infermi della pratica cittadina, io n'ho potuto mettere insieme appena sette casi; i quali, di fronte a 962 malattie epatiche d'ogni genere, osservate nell'istesso periodo di tempo, mi rappresentano, in cifra tonda, il 0,73 %. Che se poi vogliamo fermarci solo al rapporto tra l'ascesso ed i processi infiammatorj epatici, più o meno acuti, io trovo ch'esso sta a questi (rappresentati da 88 casi di epatite interstiziale al primo periodo

[1] *Rendiconto della Clinica Medica della R. Università degli studi di Palermo, diretta dal Prof.* Antonio M. De Lisi, *compilato e redatto dai signori Assistenti;* a pag. 78-79, nella « Tavola sinottica » degli anni 1861-1863 (Palermo, Stab. tip. Lao, 1864).

[2] C. Maggiorani, *Ragguaglio di un secondo triennio di Clinica Medica nella R. Università di Palermo,* a pag. 43 e segg. (Palermo, Lao, 1870).

[3] V. Romano, *Un caso di ascesso di fegato venuto in seguito a colelitiasi, seguito da guarigione.* (Estr. dall' « Osservatore medico », dir. dal prof. Comm. S. Cacopardo, fasc. 2°, marzo e aprile 1883).

e da 5 casi di ittero grave ed atrofia gialla acuta) nella proporzione di poco meno del 7 %; proporzione che viene attenuata ben più, fino al 4 %, se si vogliono eziandio comprendere, tra' mali acuti del fegato sunnominati, i 62 casi di congestione attiva, che fan parte del materiale clinico ch'ho sotto mano.

§ 2. E venendo più particolarmente a studiare questi nove casi d'epatite suppurativa, (e dico nove, perchè bisogna scartare quello del De Lisi, manchevole affatto e della storia e di qualsiasi altra notizia relativa al decorso), trovo che, in ordine alle *cause*, devesi collocare per prima la colelitiasi, la quale per ben cinque volte produce l'ascesso; mentre questo consèguita una volta sola a pileflebite, una volta a trauma diretto, una volta ad ooforite suppurata; come pur una volta non rappresenta che l'esito ultimo di una cisti idatidea. È notevole il fatto, e vi chiamo sopra l'attenzione, che nessun caso d'ascesso ha accompagnato o seguíto la dissenteria, della quale, non infrequente in Palermo, io mi trovo aver preso nota di 97 casi.

I due sessi contribuiscono, press'a poco, in proporzione uguale, con piccolo vantaggio da parte delle femmine, che stanno in cinque di fronte a quattro uomini: risultato, questo, che differisce alquanto da quello degli altri osservatori, presso i quali è spiccatissima la maggiore frequenza della malattia nel sesso maschile.

L'età, nella maggioranza (7 casi) va da' 30 a' 50 anni; in un caso è di 22 (Romano), in uno di 11 (Maggiorani); ma quest'ultimo è quello che fu prodotto da trauma; e però sta la osservazione de' Clinici, che, cioè, l'ascesso epatico si riscontra d'ordinario nella età adulta, e più propriamente intorno alla quarantina.

De' nove malati, quattro appartengono alla classe de' contadini, due a quella delle persone agiate, due a quella degli operai, uno alla povera. Tutti, ad eccezione della bambina undicenne, hanno presentato buono sviluppo scheletrico e lodevolissima nutrizione: due soli un po' pingui. In nessuno di essi ho trovato l'uso abituale di abbondanti pasti o di forti aromi, e in uno, anzi, la de-

ficienza di alimentazione; in un solo l'abuso, ma recente, di liquori spiritosi; tre soltanto si piacevano della vita poco attiva e sedentaria.

§ 3. Generalmente parlando e fino ad un certo punto, la località dove l'ascesso si svolge sta in rapporto con la causa produttrice; e il tener quindi presente questa, potrà in parte contribuire a guidarci nella diagnosi di sede. Parmi che ciò risulti appunto da' casi messi a stampa, e più da questi ch'io ho in esame. Di fatti, non è difficile intendere come in conseguenza di pileflebite, di dissenteria, di suppurazione degli annessi dell'utero, di ulcerazione dello stomaco o delle vene emorroidarie ecc., abbiano di preferenza a prodursi, più che un vasto ed unico ascesso, focolaj ascessuali multipli e piccoli, sparsi in ambo i lobi, nelle parti centrali più che alla periferia; e per contro, un ascesso provocato da trauma, si riscontri più facilmente al lobo destro, più superficiale, accompagnato a peri-epatite. La calcolosi può produrre, e produce qualche volta, ascessi multipli e non grandi; ma per solito, essendo uno il calcolo che, per la sua grossezza, lacera il canalicolo biliare ed il tessuto epatico e provoca la flogosi, l'ascesso che n'è la conseguenza è unico ed abbastanza vasto, ed anch'esso più comunemente nel lobo destro. Questo lobo, come dunque si vede, è più spesso che il sinistro la sede della suppurazione, sia qualsivoglia la causa che l'abbia prodotta; ma se si considera la maggiore estensione di esso lobo destro e la esposizione a' traumi che ha più facile, non meraviglierà più questo fatto, che ci appare anzi naturalissimo [1].

Ne' nove casi nostri, sei presentarono l'ascesso nel solo lobo destro, tre volte in un grande focolajo, due volte in un focolajo discreto, una volta a piccoli focolaj multipli; e delle sei volte, quattro risiedeva nella parte convessa, proprio sotto al diaframma, due nella faccia anteriore. Ne' rimanenti tre casi, erano invasi

[1] Cfr. Rouis, *Recherches sur les suppurations endémiques du foie* (Paris, 1860).

ugualmente da focolaj multipli e piccoli sì il lobo destro che il sinistro, due volte nelle parti più al centro del viscere, una volta verso la periferia.

Non ho fatto studj speciali su la cavità ascessuale e sul pus; questo solo mi accade di dire, che in due casi, uno venuto a morte e l'altro a guarigione mercè larga apertura dell'ascesso, ho ritrovato dentro alla cavità ed al pus il calcolo biliare, della grossezza d'una nocella tuttedue volte, bitorzoluto e angoloso. Altri calcoli ne' dotti biliari o nel tessuto epatico non c'erano (nel caso notomizzato), nè nella vescichetta. Quelli rinvenuti negli ascessi, sottoposti ad analisi chimica e microscopica, mi risultarono composti di colesterina quasi esclusivamente, poichè ad essa era unita solo piccola quantità di pigmenti biliari. Uno de' calcoli era nucleato.

E qui mi par utile di richiamare un tratto del reperto necroscopico di Elisa Hablützel, (uno de' due casi or menzionati) perch'esso ci fa conoscere assai chiaramente il meccanismo con cui un ascesso epatico viene, progredendo, a farsi strada pe' bronchi, senza recar molto nocumento a' tessuti ed organi che attraversa ed a quelli adiacenti. L'Hablützel, di cui avrò più innanzi a riferire la parte più interessante della storia clinica, veniva al tavolo anatomico dopo 28 giorni di malattia, con la diagnosi di ascesso epatico da calcolosi, ascesso che non potè essere accessibile al trequarti, poichè risedeva nella parte più alta della convessità. Aperte le cavità toracica ed addominale, il fegato presentò di fatti nella parte convessa del lobo destro una distinta fluttuazione, ma per tutta questa parte vedevasi aderire tenacemente al diaframma, in modo che, per distaccarnelo, si dovette far uso del bistori. Fatta esattamente la dissezione, vuotavasi l'ascesso di una marcia cremosa e scorrevole, di color giallo d'uovo, dentro a cui si rinvenne il calcolo predetto; e allora fu messa in evidenza una cavità, capace di contenere un limone, anfrattuosa, con dei condotti biliari che vi metteano capo, dilatati, qualcuno fino a permettere la immissione del dito mignolo. Premuto il viscere, da questi condotti veniva fuori una piccola copia di pus identico a quello della cavità, ma d'un

colorito più verde, per evidente mescolanza di bile. Tutto intorno alla cavità, per lo spessore di 3 centimetri circa, il tessuto epatico si presentava di un colorito rosso-giallastro uniforme intersecato da tenui strie bianchicce, più duro del normale al taglio, poco sanguinante. Dalla parte superiore, la suppurazione, distruggendo la capsula di Glisson, avea logorato il diaframma a circa otto centimetri del centro frenico, verso destra, in modo da ridurlo sottilissimo, mentre tutt'intorno lo spessore suo era aumentato e faceva come un cercine abbastanza resistente per l'estensione di circa due centimetri. Dalla faccia polmonale, il diaframma era saldato al polmone per quanto si estendevano i due foglietti pleurici; e queste aderenze, benchè apparissero più recenti di quelle della faccia inferiore, erano pur tali da non permettere nessuno spandimento di liquido nella cavità pleurica. Quella parte di polmone, poi, che stava immediatamente al disopra dell'ascesso, presentava tutt'i caratteri dell'infiammazione acuta, una vera polmonite allo stadio di epatizzazione rossa, estesa circolarmente per l'ampiezza d'una moneta da cinque lire e spessa di circa un centimetro.

Per un deplorevole accidente, i pezzi messi in serbo per l'esame microscopico andarono sciupati, e però questa interessante parte d'osservazione viene, senza mia colpa, a fare difetto.

§ 4. Relativamente alla sintomatologia, ecco le osservazioni che mi son venute fatte.

Sintomi iniziali. Com' è ben noto, spesso l'inizio dell'ascesso si sottrae interamente all'attenzione del Medico, che però non lo sospetta neppure, o lo diagnostica assai tardi. Quest'ultimo caso accadde a me con la inferma di ooforite suppurativa. Ma non sempre i sintomi iniziali fanno difetto. Il brivido di freddo, brusco, violento, suol essere considerato come il primo fenomeno che indica la formazione dell'ascesso; ma io ho notato, in tre casi, che un gran senso di peso e un indolenzimento indeterminato all'ipocondrio destro, insieme a smania e ad aumento del males-

sere generale, precedono di quasi un'ora il brivido; e se questi fenomeni preesistevano, si esacerbano notevolmente innanzi al brivido. Questo ha, in media, la durata di mezz'ora: suolsi poi ripetere cotidianamente, talora una volta, il più spesso due, più di rado tre o parecchie volte. Non offre regolarità, nè per l'ora nè per l'intervallo nè per la forza nè per la durata, quando è multiplo; quando però si presenta unico nel giorno, è abbastanza regolare, chè in due casi l'ho notato sopravvenire costante fra le 2 e le 3 p. m. e identico per intensità e per durata. In un caso, l'ho visto sostituito da tremito generale spasmodico, senza niuna sensazione di freddo; e in questo caso istesso, il primo tremito fu preceduto per oltre a un'ora da violenta emicrania [1]. Ne' casi in cui la colica epatica da calcolosi ha aperto la scena delle sofferenze, il passaggio alla suppurazione è indicato dalla cessazione completa del dolore e de' vomiti, contemporanea al primo brivido; e quindi una calma relativa subentra, la quale, fatta per qualche dì permanente, consola gl'infermi e li lusinga con una larva di miglioramento che giudicano reale e duraturo.

Febbre. Non manca mai. Intermittente ne' primi giorni, diviene continua remittente dal 10° al 14° giorno; e nella caduta, o nella remissione, è accompagnata da sudori per lo più moderati, raramente copiosi. La apiressia o la remissione non dànno luogo a vero senso di miglioramento o di euforia. Nel periodo in cui la febbre è intermittente, la maggiore altezza termica si aggira d'ordinario fra i 39°,5 e i 39°,8 C.; in un solo caso ho visto salire il termometro a 40°,1 e 40°,3 C.; nelle ore di sfebbramento, poi, si ha temperatura bassa, da' 36° a' 36°,5 C. — Nel periodo febbrile remittente, invece, il *minimum* di calore va da' 38°,1 a' 38°,5 C., mentre il *maximum* è di 40°,2—40°,8 C. Gli aumenti maggiori ho

[1] Giova ricordare che l'emicrania, secondo le osservazioni del Cyr, le quali io posso confermare pienamente, è un frequente fenomeno precursore della colica epatica. Vedi: Jules Cyr, *Traité de l'affection calculeuse du foie*, chap. III, art. II, § 2, pag. 88 (Paris, 1884).

trovato sempre fra le 2 e le 5 ore p. m., gli abbassamenti fra la mezzanotte e le 8 del mattino.

Dolore e vomito. Vero dolore, durante la suppurazione, non c'è, o rarissimo; ma una dolorabilità discreta, che si fa alquanto molesta solo quando vien praticata la palpazione sul fegato, o quando l'infermo piglia la giacitura laterale destra. Questa dolorabilità è indeterminata, profonda, accusata per lo più come pressione continua di un corpo grave sull'epate. Quanto al dolore in corrispondenza della spalla destra, dolore subbiettivo affatto, non m'è accaduto d'incontrarlo che due volte solo e ben lieve, a giudicarne dal poco conto che, pur accusandolo, ne faceano i malati.

Il vomito, come ho detto, cede col cedere della colica epatica ne' casi di calcolosi, e difficilmente in questi si vede ritornare (una volta su cinque); ma negli altri casi, s'incontra con qualche frequenza, e per lo più suole prodursi nel momento del ritorno o dell'esacerbazione dell'accesso febbrile, accompagnante il brivido; fenomeno, dunque, non esclusivo dell'ascesso del fegato, perchè lo troviamo non raro compagno de' brividi che iniziano o associano altri morbi acuti. Le materie emesse risultano da residui alimentari, succo gastrico, muco; solo in un terzo de' casi si presentano biliose.

Fenomeni cerebrali. Non trovo che gli Autori ne segnino; ma, a malattia inoltrata, dobbiamo ritenerli non infrequenti, se io l'ho riscontrati in tre casi: in due, sotto forma di delirio calmo, che si alternava con coma; in uno, di delirio violento con insonnia, a cui teneva poi dietro una grande spossatezza, traducentesi anche ne' polsi molli e tardi, e periodi di completa apatia che duravano parecchie ore. Debbo credere però che, in quest'ultimo caso, non fosse estranea la colemia alla produzione o per lo meno alla intensità dei fenomeni predetti, perchè essi verificaronsi nel caso della Hablützel, che più oltre riferirò.

Itterizia. Manca, secondo è detto da' trattatisti, nel maggior numero de' casi; e si citano in proposito il Morehead, che l'osservò solo nel 4% de' casi, il Louis che reca il 16%, il Brous-

sais il 34 %, ecc. L'Ughetti, in otto osservazioni, ha trovato l'ittero 4 volte (50 %), e in tre di esse in un grado molto leggero. I risultati, ch'io ottengo, sono molto diversi: l'88, 88 %; chè, tra nove casi, l'itterizia non è mancata che una volta, presentandosi invece negli altri otto, cioè: discreta ma diffusa a tutto il corpo, in sei; come semplice suffusione itterica alla sclerotica, in uno; intensissima in un altro a tal grado, da far dubitare per un momento della diagnosi. Ma di questo caso (ch'è quello in persona della Hablützel) avrò a dire fra poco. Però la bile non interruppe mai del tutto il suo passaggio nell'intestino, neppure nel caso testè ricordato, nel quale anzi si ebbero più d'una volta le materie fecali molto colorate di bile.

Area epatica. Nell'ascesso, del pari che in tutte le altre malattie del fegato, di grande valore è il conoscere con precisione i limiti e le modificazioni dell'area epatica; se non che spesso accade che, come subdolamente si inizia il processo morboso, così o insignificanti o incompleti sono i fenomeni di ispezione, palpamento e percussione, anche a processo avanzato; perchè l'alterazione interna dell'organo non dà sempre la corrispondente manifestazione all'esterno. Tuttavia, il Clinico che nulla trascura, può avere, eziandio in questi casi, di che giovarsi co' sussidj di questi valevoli mezzi fisici di esame.

L'ispezione, solo in tre de' nove casi mostrò più sviluppato l'insieme dell'ipocondrio destro, con la prominenza d'un tumoretto (apice dell'ascesso), il quale si manifestò sotto l'arco delle coste due volte (linea emiclavicolare), e al 10° spazio intercostale una volta (linea ascellare anteriore). In questi tre casi, tanto il palpamento che la percussione dimostrarono evidentissimo l'ingrandimento e lo sformamento dell'area di ottusità epatica, fino a dare il doppio di misura de' diametri ordinarj del lobo destro. L'alterazione di forma era fatta a spese del bordo inferiore, che scendeva in giù fortemente convesso, per oltre a due dita sotto l'arco, mente il confine superiore rimaneva nel sito e con l'andamento fisiologico; e questa osservazione conferma, fino a certo

punto, quelle che ha fatte il prof. Ughetti in proposito. In un quarto caso, l'aumento dell'area si fece non solamente in basso, ma eziandio in alto ed anche a sinistra; ma la prevalenza d'ingrandimento ed il conseguente sformamento fu anche qui al bordo inferiore del lobo destro. In quattro de' rimanenti cinque casi, nessuna alterazione dimostrabile nella forma esteriore e nel volume del viscere; ma il palpamento esercitato sul bordo inferiore, come altresì la pressione un po' ruvida sopra le coste spurie di destra, provocava, e in questi ed in tutti gli altri casi, un dolore abbastanza sensibile, se non gravissimo. L'ultimo caso, in fine, merita di essere particolarmente riferito, avendo presentato tali anormalità, specie ne' fatti fisici, da fare per un momento tener dubbia la diagnosi.

Osservazione I. — Il 5 maggio 1883 è accolta in Clinica Medica la signora Elisa Hablützel da Wilshincyen (Chaeffeuse), di anni 38, ch'io tenea in cura da cinque dì per colica epatica, della quale ella tre anni avanti avea sofferto qualche lieve e breve accesso. L'andamento della malattia parea volgesse a buona piega, quando la tinta subitterica delle sclerotiche de' dì innanzi si muta, il 5, in un giallo canario che invade tutto il corpo. I dolori spontanei alla regione epatica continuano mitigati; ma si ridestano sotto il palpamento, benchè non molto intensi. Intanto, nessuna asimetria fra i due ipocondrj, nessun mutamento nel resto del ventre, il quale si mantiene un po' tumido. Il fegato, col confine superiore al 5° spazio intercostale e con l'inferiore all'arco, ha figura ed estensione fisiologica, misurando: nel diametro trasverso, centim. 7; nella linea mediana, centim. 8; nella parasternale, centim. 9; nella emiclavicolare, centim. 10; nella ascellare anteriore, centimetri 10,50. Leggero aumento dell'area splenica. Ventre chiuso. Nelle urine, rosso-verdognole, scarse, acide, con p s. 1012, si ha discreta copia di biliverdina e tracce di bilifulvina; scarsezza di urati, di fosfati e di urofeina.

Con lo stesso giorno 5 comincia un moderato elevamento della temperatura (38°,5—39°,1 C.) senza nessun fenomeno concomitante; ma nel pomeriggio del 6, dopo che l'inferma ebbe dormito quietamente per circa tre ore, ecco che si sveglia con violenta emicrania, e poco appresso è in preda ad un forte tremito, diffuso a tutto il corpo, senz'alcuna sensazione di freddo, ma con estremità fresche e cianotiche. Accusando smania epigastrica e crampo alla regione cardiaca, ella è sconvolta in viso, agitatissima, con polsi frequenti, piccoli e tesi; ed ha conati di vomito quante volte tenta d'ingoiare un po' d'acqua. Cessato il tremito dopo mezz'ora, il termometro è salito a 38°,2 C., mezzo grado in più di quel ch'era innanzi e durante il tremito.

7 *maggio, matt.* Temp. 37°,7 C. Puls. 108. Resp. 24. Notte piuttosto tranquilla; fisonomia animata ma calma; pelle d'un giallo più intenso; il fegato ne' limiti di ieri.

» *sera.* Temp. 40° C. Puls. 112 Resp. 28. A mezzodì molta agitazione, conati di vomito e delirio violento per circa un'ora; poi sonnolenza ed apatia fino a sera. Durante la sonnolenza, i polsi si fanno molli e tardi (60 al minuto). Una evacuazione ventrale di scarse materie prosciolte, verdognole.

8 *matt.* Temp. 39°,4 C. Puls. 116. Resp. 24. L'inferma sta assopita tutta la notte, e non si muove che a lunghi intervalli, per grattarsi il corpo, ma non apre neppur gli occhi. Chiamata, dice che ha sofferto assai, vegliando, che ha testa pesante, molta sete, e prurito insopportabile; ma tosto continua pronunziando parole sconnesse, agitandosi alquanto, finchè poco appresso rimane immobile, apatica. Le pupille sono normalmente dilatate e ugualmente mobili. Lingua arida. In 24 ore non si sono emesse che 80 c. c. di urina, che analizzata, dà gli stessi risultati del giorno 6.

» *sera.* Temp. 39°,9 C. Puls. 120. Resp. 28. Giace tutto il dì supina, con gli occhi chiusi, come assopita, ma pur non cessa di grattarsi sovente. Chiamata, risponde subito, ma il più delle volte a caso, e non è costante che nel ripetere di aver molte sofferenze, le quali però non sa precisare. Non domanda mai da bere, ma ingoia avidamente l'acqua, il brodo e quanto le vien dato. Non ha fatto urine nella giornata, e col catetere non se ne rinvengono in vescica che pochi grammi. Il ventre è un po' più meteoristico de' dì innanzi, indolente; palpandosi però su la regione epatica, viene accusato dolore. Il limite inferiore del fegato è rialzato per circa 2 centimetri, mentre il superiore rimane inalterato là dove lo segnammo il giorno 5. Oggi s'è avuta discreta epistassi.

9 *matt.* Temp. 36°,6 C. Puls. 98. Resp. 24. Sonno tranquillo nella nottata e sudore discreto. L'inferma è sveglia, affatto presente a sè, e dice sentirsi molto stordita, e abbattuta, e indolenzita per tutta la persona. Ha avuto una evacuazione ventrale di scarse materie giallo-verdastre, ed emissione, in due volte, di 700 c. c. di urina, che presenta in poca copia la biliverdina e il pigmento incompleto, ma difetta del tutto di biliverdina: p. s. 1010; tracce di albume; urea, grammi 22 per mille.—Così la sclerotica come la pelle presentansi di un colorito giallo assai più carico di prima. Molto pruriginosa la cute. Le estremità sensibilmente raffreddate. L'area del fegato ristretta ancora un po' più di iersera, ed il grado di ottusità epatica molto scemato; misura: nel diametro trasverso, centim. 6; linea mediana, centim. 6; linea parasternale, centim. 6; linea emiclavicolare, centim. 7,50; linea ascellare anteriore, centim. 8,50.— Polsi tenui, compressibili, ma regolari. Il primo tono alla punta del cuore è debole e prolungato.

» *sera.* Temp. 37°,5 C. Puls. 102. Resp. 24. Continua lo stato di questa mattina. A mezzodì viene rigettato col vomito il brodo, non appena finito di prendere. Da' genitali geme un po' di sangue.

10 *matt.* Temp. 38° C. Puls. 120. Resp. 36. Tutta notte insonnia con grande agitazione, grida smaniose, delirj prolungati. Fisonomia sconvolta, disfatta. La pelle e le sclerotiche d'un giallo intensissimo. La lingua secca, spoglia d'epitelio. L'area d'ottusità epatica si riscontra ridotta anche più; anzi, a dir proprio, vera ottusità non si trova che tra la linea emiclavicolare ed ascellare anteriore. Ventre tumido, rimbombante. Di tratto in tratto l'inferma cade in una specie di sopore, durante il quale pur mormora delle parole sconnesse.

» *sera.* Alle 9 a. m. tremito generale intenso, per mezz'ora, e mentr'esso dura l'ammalata non prova abbassamento di calore in nessuna parte del corpo, quantunque le estremità si riscontrino evidentemente fredde; il termometro, all'ascella, segna 37°,5 C. Polsi piccoli a 124; respiro 36. Dopo il tremito, la paziente piglia sonno, nel quale resta tranquilla parecchie ore. Tracanna volentieri l'acqua ed il brodo che le si apprestano; ma non ne chiede mai per volontà propria.—Essendo sensibilmente scemata la tensione del ventre, si riesce in qualche modo a raggiungere, sotto l'arco costale, il bordo inferiore del fegato, che pare si trovi a circa 2 centimetri più in su del punto ove era stato segnato la prima volta; i confini superiori rimangono inalterati. Urine assai scarse (c. c. 100 circa) dànno, all'analisi, uguali risultati di ieri.

11 *matt.* Temp. 37°,8 C. Puls. 120. Resp. 36 }
» *sera.* » 38°,5 C. » 128. » 36 } Identica giornata, in tutto, a quella di ieri: cioè, tremito generale di mezz'ora alle 9 del mattino, poi sonno e calma, ec. Nessuna novità ne' fatti fisici relativi al fegato. Due scariche alvine di materie formate, ben colorite dalla bile. Le urine, in questo giorno, vanno insolitamente a c. c. 3100, contengono la solita biliverdina ed il pigmento incompleto ma non bilifulvina, e dànno grammi 68,20 di urea in complesso. Continuano tenui tracce di albume.

12 *matt.* Temp. 38° C. Puls. 105. Resp. 36. Insonne per l'intera notte, l'Hablützel s'è di continuo lamentata e lamenta di dolori alle membra ed al dorso. Ha sparso nel letto, in varie volte, scarse materie liquide, scuricce, puzzolentissime. Accusa grande spossatezza e ardente sete. Leggera epistassi alle 6 del mattino. La pelle mostra un colorito più fosco, ma non prude più. Le condizioni del fegato sono identiche a quelle di ieri.

» *sera.* Temp. 38°,9 C. Puls. 106. Resp. 30. Continua nello stato medesimo. Due evacuazioni ventrali poltacee, nere (melena), non copiose. Le urine delle 24 ore sono c. c. 550, e presentano gli stessi risultati d'analisi: urea grammi 16.

13 *matt.* Temp. 37°,4 C. Puls. 96. Resp. 32. Grande agitazione nella notte, conati di vomito, delirio calmo. Ora, tornata alla quiete e perfettamente in sè, lamentasi di estrema prostrazione, ma dice che non ha più dolori alle membra, nè cefalea, nè sete. La lingua e le labbra sono, però, screpolate, coriacee. La pelle, del solito colore giallo fosco, presenta numerose macchie emorragiche, rade e pic-

cole al petto ed al ventre, confluenti e più larghe alle braccia, alla faccia, al dorso, alle anche, nei punti cioè ove l'inferma, giacendo, ha fatto maggior pressione; sul sacro, poi, si nota una piccola suggellazione. Da' genitali è tornato a gocciolare qualche po' di sangue. Le dejezioni alvine sono state quattro, di feci cremose, verdognole, con pezzetti di coaguli sanguigni. Il fegato perdura invariabilmente negli stessi limiti.

» *sera*. Temp. 37°,6 C. Puls. 90. Resp. 30. Nel dì si alternano i dolori alle membra con smania epigastrica ed abbattimento. Due scarse evacuazioni alvine, semisciolte e scure: frequente voglia di mingere, ma scarsissima emissione d'urina, sparsa involontariamente nel letto.

14 *matt*. Temp. 38°,2 C. Puls. 108. Resp. 24. La smania epigastrica e i dolori alle membra hanno durato fino all'alba, quando han cesso il luogo ad un sopore, che dura fino alle 9 a. m. e dal quale la inferma si desta facilmente, se chiamata. Ella si duole soltanto della grave prostrazione di forze; non prova dolore che su la regione epatica, allorchè questa viene palpata, o quando ella tenta di giacervi sopra. La tinta della pelle comparisce stamani assai più schiarita, e non si notano nuove macchie emorragiche. Fisonomia calma, polsi rialzati. Nessuna evacuazione ventrale; niente più sangue da' genitali; le urine della notte, emesse volontariamente, sono c. c. 3200; torbidicce, di color giallo rossastro, acide, p. s. 1009, con tracce di albume, fosfati normali, urofeina scarsissima, tenue quantità di biliverdina e di pigmento incompleto; urea grammi 83,20, cioè grammi 26,625 per mille.

Dinanzi a questo caratteristico quadro sintomatologico, il nostro giudizio diagnostico doveva necessariamente inclinare verso l'atrofia gialla acuta; se non che, dal 15 al 28 maggio, giorno in cui l'Hablützel soccombeva, noi ci fermammo diffinitivamente all'ascesso epatico, poichè quest'ultima fase della malattia si svolse nettamente con l'ordinario e classico decorso di esso. Però, rimaneva costante il rimpicciolimento dell'area epatica, sempre entro que' confini che ultimi s'erano segnati; e per quanta attenzione o artificio noi usassimo ripetutamente nelle nostre esplorazioni fisiche, non ci riuscì mai di trovare o modificati o spostati in alcuna parte que' confini. Or bene, la necroscopia (come innanzi s'è visto) ci dimostrò l'esattezza della diagnosi; ma ci dimostrò, ancora, non alterato il fegato nel volume e nella forma, e perfettamente sano il lobo sinistro e tutta quella parte del destro che non circuiva la cavità ascessuale. L'apparente rimpiccio-

limento dell'area epatica, osservato fino all' ultimo istante, proveniva dal fatto che un'ansa intestinale, insinuandosi tra la faccia anteriore del fegato e la parete del ventre, contrasse nella parte superiore delle aderenze, che le impedirono di ridiscendere in basso, sì che rimase a nascondere per circa due centimetri il bordo inferiore del viscere.

Veggasi adunque da questo caso, e tragghiamone insegnamento, quali e quante anormalità e difficoltà possono presentare eziandio i sintomi fisici in una malattia, che delle oscurità e difficoltà ne ha pur tante.

Urine. Le mie ricerche, in cinque de' nove casi, m' hanno dato risultati sì incostanti, ch'io non mi credo autorizzato a dedurne alcun che di veramente sicuro. Parmi, che una piccola quantità d'albume si mostri con una certa frequenza (3 casi); che de' pigmenti biliari si riscontri costante il terzo (incompleto), mentre degli altri due, la bilifulvina si vede assai rara, la biliverdina meno. L'urea, al pari che i fosfati, mi ha mostrato in tre casi le più pazze oscillazioni: in due, però, mi ha dato una cifra costantemente bassa (10 a 14 grammi, in media, per mille), e queste rincalzerebbero le osservazioni di Parkes e di Charcot [1]. Una volta sola ho trovato tracce di zucchero.

Stato generale. La denutrizione è rapida; la sanguificazione si altera subito e per la prima, così che gl'infermi presentano già sin dal primo giorno quella tinta cachettica speciale, che all'occhio del Pratico dice assai. Confermo poi il fatto, già da altri notato, che gli ammalati che vengono a guarigione si rinutriscono prontissimamente e tendono ad ingrassare, anche prima che l'ascesso sia chiuso del tutto; fatto, questo, come ben osserva l'Ughetti, « che evidentemente ha uno stretto rapporto con le funzioni fisiologiche del fegato, benchè attenda ancora una spiegazione sodisfacente [2] ».

[1] Charcot, *Leçons sur les maladies du foie, des voies biliaires et des reins* etc.; leç. IX et X, pag. 89, 92 (Paris, 1882).

[2] Ughetti, *Contribuzione* ecc., loc. cit., pag. 1081.

§ 5. Il corso dell'ascesso del fegato, com'è de' più insidiosi, così è de' più irregolari. Qual'è la durata dell'ascesso? A parte le difficoltà che si hanno, di conoscere il momento preciso del suo inizio, si trova poi tale differenza da un caso all'altro, che non è possibile di stabilire una durata media; e tutti si contentano di dire che, generalmente, si va da qualche settimana a più mesi. L'Ughetti afferma, che ne' paesi nostri la malattia si svolge per lo più nel corso di parecchi mesi; ed in fatti egli non ha che una osservazione (la 5ª), nella quale tutto il quadro sintomatologico dell'ascesso si limita nello spazio di un mese circa. Le osservazioni mie mi dànno, per contro, un periodo di tempo relativamente breve, di 35 giorni in media; la quale media proviene da' seguenti singoli casi, cioè:

1.° (da causa traumatica):	durata	giorni	34;
2.° (da calcolosi):	»	»	60;
3.° (da pileflebite):	»	»	32;
4.° (da calcolosi):	»	»	24;
5.° (cisti idatidea suppurata):	»	»	75;
6.° (da ooforite suppurata):	»	»	22;
7.° (da calcolosi):	»	»	24;
8.° (da calcolosi):	»	»	15;
9.° (da calcolosi):	»	»	29.

Ben intesi, ch'io conto i giorni dal momento in cui presumibilmente (a breve intervallo dalla causa) l'ascesso ebbe principio, fino a quello in cui ebbe termine, o con la morte o col vuotamento all'esterno, sia poi questo chirurgico o spontaneo.

Notevolissimo, come si vede, è per il rapido corso il caso segnato al num. 8; ma poichè esso è degno, anche sott'altro aspetto, di essere con più estensione conosciuto, io lo riferirò più oltre.

§ 6. Relativamente alla diagnosi, per non stare a ripetere quello che ne' trattatisti speciali si trova e che da tutti è saputo, a me basta di richiamare semplicemente l'attenzione de' Medici su que' sintomi ch'io ho già ricordati, e specialmente poi su quella falsa

imagine di atrofia gialla acuta, che l'ascesso epatico può qualche volta assumere. Ne' casi in cui c'è fondato dubbio dell'ascesso, o in quelli in cui di esso vuolsi accertare la sede, è prezioso aiuto e completamente innocuo la puntura esplorativa con l'ago capillare dell'aspiratore del Potain, o di quello del Paoletti, od anche con l'ago d'una semplice sciringhetta da injezione ipodermica, che tutti possono aver sotto mano.

E quanto alla prognosi, benchè si debba convenire con tutti gli Autori, che unanimamente la dicono sempre gravissima e quasi sempre letale, pur trovo più giusta la sentenza dell'Ughetti, che la ritiene molto meno sinistra di quanto è stato affermato. E di vero, questo giudizio sorge spontaneo se guardiamo a' casi ne' quali l'intervento chirurgico, e solo esso, ha fatto sì, che un ascesso epatico, il quale avrebbe condotto a morte quasi sicura, è venuto invece a rapida guarigione. La statistica de' casi di epatite suppurativa operati è là a dirci una bella parola di conforto, massime posta a riscontro di quella de' casi non operati; perocchè questi presentano una mortalità dell'80%, mentre quelli non dànno che il 32 % di morti; e oggi poi, che possiamo giovarci di mezzi di evacuazione, lavamento e disinfezione che hanno valore grande e pari innocuità, quali sono l'aspiratore del Dieulafoy, l'aspiratore del Potain e l'aspiratore-injettatore del Paoletti; oggi, dico, è lecito di sperare con più fondamento una statistica ancora migliore, sol che i Medici concedano più fiducia a questo efficacissimo mezzo curativo e lo adoprino con più frequenza e minore ritrosia.

Se a' casi ch'io ho studiato si guarda così all'ingrosso, la statistica mia non è davvero confortante: quattro morti su nove; ma non riesce più tale, se pigliamo ad analizzare i singoli casi. Il 1.°, il 3.°, il 6.°, non erano operabili, e per la causa morbosa produttrice, e per le condizioni generali gravissime delle inferme, e per la sede ed il numero degli ascessi; nel 9°, poi, la puntura esplorativa fu praticata due volte, ma non si ebbero risultati di sorta; e verificatasi la morte cinque dì appresso, la necroscopia metteva

in chiaro due piccoli focolaj suppurati centrali, l'uno nel lobo destro, l'altro nel sinistro. Ora, poi, se ci volgiamo a' cinque casi che vennero a guarigione, noi abbiamo per contro:

Il 2°, operato con larga apertura sotto l'arco costale (linea emiclavicolare) migliorò subitamente e veniva licenziato al 19° giorno, guarito del tutto.

Nel 4°, praticai il vuotamento dell'ascesso mercè l'aspiratore-injettatore del Paoletti, e con lo stesso feci accurato lavamento con acqua ſenata all'uno e mezzo per cento, fino a vederla tornar fuori limpida. L'infermo stette bene subito dopo, lasciò il letto all'8° giorno e venne licenziato dalla Clinica al 15°, in perfetta salute non solo, ma più grasso d'assai di quel ch'era abitualmente innanzi la malattia.

Nel malato del num. 5° fu tenuto l'istesso procedimento che in quello di num. 4°, e le cose parve andassero ottimamente fino al terzo dì; però, da questo punto, si vide chiaro per tutt'i sintomi che l'ascesso tornava a rifarsi, ridando al fegato il volume identico che aveva innanzi al vuotamento; per lo che, dieci giorni dopo di questo, si ricorse al taglio, il quale, largo per 4 centimetri, si praticò al 10° spazio intercostale, nella linea ascellare anteriore. La ferita era cicatrizzata già al dodicesimo giorno; al 20° il paziente, che stava perfettamente bene, lasciava la Clinica, per rimettersi al non lieve lavoro de' campi.

L'ultimo caso, l' 8°, venne a guarigione spontanea, aprendosi la via per i bronchi; e poichè è singolarissimo per varj aspetti, com'ho già avvertito, parmi utile che sia riferito particolarmente.

Osservazione II. [1]—Giuseppe Polizzi da Borgetto è un tarchiato contadino trentenne, che ha goduto perfetta salute fino al 1882, anno in cui subì ripetute febbri malariche a tipo cotidiano e conseguente cachessia. Accolto, dopo tre mesi, nella

[1] L'egregio mio amico D.r Giuseppe Marano, che per questo malato mi chiamò a consulto, ebbe la gentilezza di seguire attentamente il corso della malattia, dietro mio incarico, ne' giorni ch'io non potei recarmi in Borgetto presso l'infermo.

Clinica Medica, ne usciva affatto guarito in capo a cinque settimane; e d'allora in poi non ebbe più a lagnarsi di nulla, fino al luglio 1884. In un giorno di questo mese provò d'improvviso forti dolori accessionali al fianco destro, e vomiti; ma li attribuì ad indigestione; e poichè la sera erano del tutto cessati, non ricorse neppure al Medico, molto più che ne' giorni e mesi che seguirono, egli non ebbe a risentire nessun disturbo della salute.

Occorre appena avvertire, che il Polizzi, per la sua non invidiabile condizione sociale, ha fatto pasti frugalissimi sempre, e vita attivamente laboriosa.

Il 18 ottobre 1884, tre mesi cioè dopo il primo accesso, egli è colto nuovamente da improvviso ed acuto dolore all'ipocondrio destro, che s'accompagna a vomiti ripetuti e dura, questa volta, salvo pochi alleviamenti, tutto quel giorno ed il successivo. Seguono tre giorni di calma; ma nuovo accesso di colica sopraggiunge il 23, e questo, con sole piccole oscillazioni nella intensità, si prolunga sino alla mattina del 27, giorno in cui si nota una lieve tinta itterica alle sclerotiche e discreto aumento dell'area di ottusità epatica. Circa le 4 p. m. l'infermo accusa brividi di freddo non forti; poi cefalea, aridità ed amarezza di bocca. Si constata febbre a 40° C.; polsi piccoli e tesi, con 104 battute al minuto; respiro a 28.

La mattina del 28 il Polizzi è apirettico (36°,8 C.) e non si lagna di nulla. Prende un grammo di solfato di chinina. Nel pomeriggio rià brividi di freddo, febbre a 39°,9 C., cefalea, sete, ma nessun altro fenomeno; poi, sull'alba, caduta della febbre con lieve sudore. La milza ne' confini normali.

Identico decorso della malattia ne' giorni 29 e 30. Fegato ne' limiti fisiologici: ventre molle, indolente; funzioni intestinali fisiologiche; urine limpide, copiose. Qualche conato di vomito nella sera del 30.

31 *ottobre*, *matt.* Temp. 38°,2 C. Puls. 100. Resp. 28. Molesta sete nella notte; cefalea mitigata assai; niente vomiti. Nessun dolore spontaneo all'ipocondrio destro; ma impossibile la giacitura sul fianco diritto, perchè allora il dolore si ridesta bruscamente, come avviene pure allorchè si esercita il palpamento sul fegato. Questo, sporge per due centimetri dall'arcata costale; misura: centim. 7 nel diametro trasverso; nella linea mediana, centim. 7; nella parasternale, centim. 9; nella emiclavicolare, centim. 13; nella ascellare anteriore, centim. 12. Il ventre è molle ed indolente in tutto il lato sinistro e nella fossa ileo-cecale. Milza ne' confini fisiologici. Le urine scarse, d'un rosso fosco, rendono un colorito gialletto alla reazione col cloroformio (pigmento incompleto della bile).

» *sera.* Temp. 39°,2 C. Puls. 108. Resp. 28. Segue nelle condizioni di stamane; accusa in più un dolore sordo e continuo in corrispondenza della scapola destra.

1.° *novembre*, *matt.* Temp. 37°,9 C. Puls. 106. Resp. 24. Discreto riposo nella notte; perdurano, ma un po' più miti, gli stessi sintomi.

» *sera.* Temp. 38°,8 C. Puls. 108. Resp. 24. A mezzodì leggeri brividi, che ripetonsi poi, con maggiore intensità, alle 5 p. m. Bocca estremamente amara. Una

evacuazione ventrale di feci formate. Urine sempre scarse, con scarsa presenza del pigmento incompleto della bile.

2 *matt.* Temp. 38° C. Puls. 108. Resp. 26. Ha dormito ad intervalli, sudando un po' verso l'alba. Non accusa vera sofferenza, ma dice di sentirsi svogliato, stanco, senz'ombra d'appetito: ha, invece, molta sete. La faccia presenta una tinta giallo-terrea spiccatissima, aloni verdognoli intorno agli occhi, sclerotiche giallette. Il fegato sta negli stessi confini del giorno 31 ottobre. Le urine, c. c. 800, color giallo intenso, acide, p. s. 1022, presentano, di anormale, la presenza del pigmento incompleto della bile ed eccesso di urofeina.

» *sera.* Temp. 38°,9 C. Puls. 100. Resp. 26. Leggeri e corti brividi a mezzodì, e poi di nuovo alle 4 p. m. Senso molesto di peso all'ipocondrio destro, senso di dolore alla scapola corrispondente, appena più accentuato di jeri e di jer l'altro. Ventre normalmente aperto, feci colorite.

3 *matt.* Temp. 38°,7 C. Puls. 108. Resp. 20. Si lagna di oppressione al respiro e di dolor pungitivo, ma non grave, che dall'epigastrio risponde alla scapola destra. Di tratto in tratto fa qualche colpetto di tosse secca. Nulla si rinviene al torace. L'area del fegato si estende sempre fino a' limiti segnati. Pelle madida.

» *sera.* Temp. 39°,9 C. Puls. 110. Resp. 30. Seguono, suppergiù, le condizioni stesse. Alle 4 p. m. brivido leggero, lungo mezz'ora. Stasera lo stimolo a tossire è più insistente: alla base del torace destro notasi ipofonesi, e respirazione aspra e strisciante; riescono incomplete e dolorose le profonde inspirazioni.

4 *matt.* Temp. 39°,1 C. Puls. 116. Resp. 32. Isonnia e smania tutta notte, sì per la tosse secca insistente, sì per il dolore pungitivo, che ad ogni colpo di essa si esacerba, circuendo il torace destro dall'apofisi ensiforme alla colonna vertebrale. Alla base del torace è aumentato il grado della ottusità che si notò ieri sera, ma non è più esteso in alto; il respiro superficiale, aspro, non presenta rantoli. La fisonomia dell'infermo è sconvolta, terrea più che mai. Lingua paniosa, asciutta. Ventre regolarmente aperto. Urine c. c. 900, co' soliti caratteri e identici risultati all'analisi.

» *sera.* Temp. 38° C. Puls. 108. Resp. 30. Circa le 6 p. m., in séguito a violento e lungo accesso di tosse, cui precesse notevole affanno di respiro, l'infermo ha espettorato circa a 50 grammi di pus cremoso, di color giallo carico, non puzzolente, striato qua e là di sangue. Afferma che, emessa questa marcia, s'è sentito più libero il petto, alleggerita la testa, abbassato il calore. In questo momento suda a grossi goccioloni per tutto il corpo, e tossisce con una certa frequenza, ma di rado emette qualche altra tenue quantità di sputo marcioso. La fisonomia è tranquilla; la lingua paniosa, alquanto asciutta.

5 *matt.* Temp. 38°,7 C. Puls. 106. Resp. 28. Ha dormito parecchie ore, svegliandosi solo di quando in quando per tossire un po' e riaddormentarsi. Durante la notte ha emesso pochissimi sputi di marcia. Non ha più avuto oppressione del re-

spiro. Non accusa più dolore in cintura e alla scapola, ma ne risente ancora un po' quando tossisce. Dice che si sente rinato, massime da che si mutò la camicia sudata, circa le 5 a. m. Ascoltando sul torace, nulla odesi anteriormente, nè posteriormente, in alto; alla base destra, però, c'è respiro aspro, un'eco di respiro tubario, e a lungo intervallo qualche rantolo umido. La regione epatica, alla ispezione, non offre nessuna differenza da' dì antecedenti; ma con la percussione viene a rilevarsi, che il confine inferiore dell'area di ottusità epatica è risalito per circa due centimetri, sì che il bordo è a livello dell'arco costale. Il palpamento su questo bordo riesce alquanto doloroso. Urine delle 24 ore, c. c. 1200; i caratteri fisici e chimici non diversi da quelli de' dì passati.

» *sera*. Temp. 38°,5 C. Puls. 100. Resp. 24. Sonno calmo, a riprese, per varie ore; nessuna sofferenza, eccetto un po' di sete. La tosse non frequente; gli sputi emessi nel giorno dànno, in complesso, grammi 25 circa di marcia giallo-chiara, senza cattivo odore.

6 *matt*. Temp. 37°,7 C. Pul. 100. Resp. 24. Miglioria sensibile; notte abbastanza calma; tosse poca, seguíta da sputi purulenti nella quantità circa di grammi 30. Nessuna modificazione ne' sintomi fisici alla base del torace destro. Nelle urine, appena tracce del terzo pigmento biliare.

» *sera*. Temp. 38°,7 C. Puls. 100. Resp. 28. Nessuna novità; tosse poca, escreato quasi nullo. Le funzioni del ventre regolari.

7 *matt*. Temp. 39°,3 C. Puls. 104. Resp. 26. La tosse è stata insistente nella notte, sì da impedire il sonno, e secca; stamane però è venuto fuori nuovo pus nella quantità circa di grammi 40, e quindi i colpi si son fatti più rari. Continua alla base del polmone destro la zona di ipofonesi ed il respiro tubario lontano, con rantoli umidi scarsi, poco sonori. La regione epatica riesce dolente alla palpazione. Del resto nulla di notevole.

» *sera*. Temp. 38°,6 C. Puls. 104. Resp. 24. Pochi sputi purulenti nel giorno; fisonomia tranquilla, più animata.

8 *matt*. Temp. 38° C. Puls. 96. Resp. 24. Sonno quieto e sudore; rari colpi di tosse, qualche sputo. Il palpamento sulla regione del fegato è tollerato senza sofferenze: l'area di ottusità resta ne' limiti ultimi riscontrati. Alla base del torace destro gli stessi sintomi fisici, salvo i rantoli, che non ci sono più. Funzioni ventrali fisiologiche. Le urine non dànno affatto presenza del pigmento incompleto della bile: sono c. c. 1350; contengono grammi 24,60 di urea per mille.

» *sera*. Temp. 38°,2 C. Puls. 100. Resp. 24. Nessuna novità; tosse quasi nulla; espettorato scarso, purulento. L'infermo dice di sentirsi bene, chiede da mangiare.

9 *matt*. Temp. 37°,5. Puls. 80. Resp. 22. Riposo completo, sudore profuso. L'infermo ha buona cera, e vorrebbe lasciare il letto, perchè dice di sentirsi sano. Alla base del polmone destro persiste lo smorzamento di suono, e il respiro aspro, senza rantoli. A quando a quando si hanno de' colpi di tosse, e qualche raro sputo, che

conserva il carattere purulento. Il fegato misura: nel diametro trasverso, centim. 7; nella linea mediana, centim. 7; nella parasternale, centim. 9; nella emiclavicolare, centim. 10; nella ascellare anteriore, centim. 11.

» *sera* Temp. 37°. C. Puls. 80 Resp. 22. Passa bene il giorno, senza novità alcuna.

10 *matt.* Temp. 36°,8 C. Puls. 80. Resp. 22. Nuovo sudore, ma leggero, nella notte e sonno profondo. Benessere generale. Qualche raro sputo marcioso si vede ancora per tutto il giorno, e per il seguente; dal 12 in poi non se n'ebbero più affatto. La temperatura oscillò inalterata fra 36°,6 e 36°,8 C. Al torace destro nessuna modificazione nella zona di iposonesi alla base, ma graduale diminuzione nell'asprezza del mormorio vescicolare. Al fegato, nulla più degno di nota. Il Polizzi megliora a vista d'occhio, ingrassa, ripiglia affatto il colorito fisiologico, esce a passeggiare. È a ritenersi del tutto chiusa l'ulcera del polmone.

Così fino alla mattina del 31. In questo giorno si lagna di doloretti profondi alla regione epigastrica, a volta a volta lancinanti; ma calmano verso sera. Il domani evacua scarse materie bovine, verdognole, e nota in esse due piccoli corpi duri, tondeggianti, simili a nocciòli di ciliege, ma alquanto più grossi, e del colore del cioccolatte; però si limita, dopo averli considerati e buttati via, a farne relazione al D.r Marano; il quale, dispiacente di non averli veduti, lo mette in avvertenza che li raccolga, caso mai avesse a farne di nuovi.

Il Polizzi, rimesso completamente in salute, torna alle fatiche cotidiane campestri, e cinque mesi trascorrono senza ch'ei si lagni di nulla.

Il 26 dell'aprile successivo, a riconfermare splendidamente la diagnosi, egli presenta al D.r Marano un calcolo, grosso quanto un nocciólo d'un'albicocca, bitorzoluto, di color bruno-verdastro; e narra di averlo fatto con le feci della mattina, in mezzo alle quali lo scorse tosto, poichè anche stavolta esse eransi presentate bovine. Per tutto il dì antecedente egli aveva sofferto dolore acuto a trafitture alla regione epigastrica, malessere, nausea, cònati di vomito; poi, verso sera, dopo l'applicazione d'un caldo empiastro di linseme, aveva sentito gradatamente svanire ogni sofferenza.

Il calcolo, ch'è un po' ovalare, offre il suo maggior diametro di centim. 3,60, il minore di centim. 3; pesa grammi 6,50; messo in acqua attinge il fondo. Ha un nodetto centrale, di color bruno, intorno al quale si addossano successivamente una serie di strati d'un giallo rossastro. All'analisi chimica e microscopica risulta composto di colestearina quasi in totalità; nella parte corticale abbonda il pigmento biliare.

La rapidità con cui l'ascesso s'è formato ed è venuto al suo esito è, in questo caso, uguagliata dalla rapidità con cui è passato alla guarigione. Questa, secondo il Rouis, allorchè la espulsione della marcia si effettua per i bronchi, avviene in circa 115

giorni [1]; ma qui è venuta maravigliosamente pronta, in dieci giorni appena, ed è stata completa e permanente. L'ascesso, da quanto si pare, non dovett'essere molto esteso; tuttavolta, se non si fece più vasto, se venne prestissimo a chiudersi, ciò devesi (a mio giudizio) al fatto, che i calcoli trovarono facile il pigliar una via, per la quale senz'altri inconvenienti o guasti vennero a sboccare nell'intestino. La necroscopia dell'Hablützel, di quel caso, che, e per la causa e per la sede e per la rapidità ec., ebbe singolare somiglianza con questo del Polizzi, ci ha dimostrato enormemente dilatati i dotti biliari che facean capo alla cavità ascessuale; o perchè, dico io, non dobbiamo supporre che anche nel Polizzi sia avvenuto lo stesso? È fatto notissimo e constatato da tutt'i Clinici, che senza produrre guasti serj o suppurazioni, i calcoli biliari soventi volte si fanno strada nell'intestino, dopo gli ascessi di colica, e non di raro li veggiamo d'una grossezza maravigliosa, come questi del Polizzi; ed io ricordo in proposito una egregia Signora, la madre del D.r Ildebrando Leurini, da me curata nel luglio 1880, la quale in séguito alla colica emise in tre giorni da sette od otto calcoli, grossi quanto nocciòli d'albicocca. Non ho supposto, nel caso del Polizzi, che l'ascesso siasi anche aperta la via attraverso l'intestino (fatto non raro) e questa nuova ulcera abbia agevolato la pronta chiusura della prima; perchè varj giorni trascorsero tra la chiusura dell'ulcera polmonale e la fuoruscita de' calcoli con le feci; e nel frattempo, nessun fenomeno ci fu che potesse darci indizio e sospetto di continuazione del processo suppurativo, ed il Polizzi stette anzi benissimo ed ingrassò. Aggiungasi, che e la prima e la seconda volta che i calcoli vennero emessi, le materie che li accompagnavano erano affatto fecali e senza il minimo vestigio di pus.

L'esito fausto dell'ascesso, nel presente caso, non fa che ricon-

[1] Rouis, op. cit.; — Dujardin-Beaumetz, *Lezioni di Clinica terapeutica;* parte quarta: Trattamento delle malattie del fegato, sesta lezione, pag. 109 (traduzione del D.r Cozzolino: Napoli, Jovene, 1882).

fermare i giudizj de' Clinici in proposito; chè, per le diligenti osservazioni di Rouis, Haspel, Cambay, Morehead, riferite e confermate dal Frerichs, e per le altre più recenti di Aron, Carrescia, Starr, Savard, Orr, Ughetti, ecc., noi sappiamo che, tra le aperture spontanee all'esterno dell'ascesso epatico, quella che si fa attraverso i bronchi è la più frequente non solo, ma eziandio quella che più facilmente viene a guarigione, in più che tre quarti de' casi [1].

§ 7. Dopo il già detto, ben poco mi resta ad aggiungere sul trattamento dell'ascesso epatico. Constatato questo, accertatane la sede con la puntura esplorativa ch'è affatto innocua [2], e' non c'è da esitare, bisogna al più presto venire al vuotamento; ed in questo giudizio s'accordano oggi i più eminenti Clinici d'ogni paese. A' processi di evacuazione lenti (caustici, taglio graduale, cauterio di Paquelin ecc.) si debbono anteporre indubbiamente i processi rapidi: l'aspirazione e la larga apertura. Secondo io la penso, l'uso dell'aspiratore-injettatore deve precedere, ed è bastevole spesso alla guarigione completa e sicura, in grazia della doppia azione di questo utilissimo strumento, di evacuazione, cioè, e lavamento con liquidi disinfettanti. Che se poi si troverà esso insufficiente alcuna volta, com'è avvenuto nell'infermo ch'ho ricordato di sopra (num. 5°), nulla impedisce che si venga direttamente al taglio dopo, e il risultato non sarà per ciò meno sicuro ed in alcuna maniera compromesso; che anzi, la prima operazione avrà per la sua parte contribuito alla formazione di più salde aderenze, quantunque a queste si attribuisca oggi meno impor-

1 Rouis, op. cit., pag. 147; — Frerichs, *Clinica delle malattie del fegato*, X, pagina 397 e seg. (traduzione de' Dottori Coco, Mastrolilli e Pelaggi; Napoli, A. Pellerano, 1867); — Ughetti, loc. cit., pag. 1086; — *Il Morgagni*, a. XIX, Napoli 1877; — *Revue des sciences médicales*, a. II, 1874, t. IV, pag. 730; a. VI, 1878, t. XII, pag. 756; a. IX, 1881, t. XVIII, pag. 771; a. XII, 1884, t. XXIII, pag. 374.

2 Sulla innocuità delle punture del fegato, vedi le esperienze del Lavigerie nel suo lavoro: *De l'hépatite et des abcès du foie: thèse de Paris*, 1864.

tanza che pel passato, poichè si considera che l'epatite suppurativa, attingendo più o meno la superficie della glandola, le abbia già determinate a sufficienza [1].

§ 8. Le principali e più importanti conclusioni, a cui mi autorizzano i fatti, ch' ho esposti nel presente studio, sono queste:

a) L'ascesso del fegato s' incontra, nella palermitana provincia, con moderatissima frequenza;

b) La causa più comune è la colelitiasi, dopo la quale vengono in uguali proporzioni le altre segnate da' Patologi, esclusa però la dissenteria, che, fin qui, tra noi non comparisce;

c) La sede più frequente è il lobo destro; ma in tesi generale, questa sede, e il numero de' focolaj ascessuali, e la estensione di essi, stanno in un certo rapporto con la causa produttrice;

d) Quando l'ascesso si fa strada verso il polmone, provoca una pleurite diaframmatica adesiva, la quale (nel più de' casi) impedisce lo spandimento del pus nella cavità pleurica;

e) Il brivido, che suole contradistinguere l'inizio della suppurazione, può con una certa frequenza essere preceduto da altri sintomi generali e locali (aumento di malessere, smania, emicrania, peso e dolore all'ipocondrio destro), o essere sostituito da tremito generale spasmodico senza niuna sensazione di freddo;

f) Il dolore locale, spontaneo, manca o è insignificante; quello alla spalla ha poca frequenza e poca intensità. Il vomito, manca quasi affatto ne' casi derivati da calcolosi; è molto comune in quelli da altre cause, e per lo più suole prodursi nel momento del

[1] Oggidì, grazie agli inestimabili vantaggi del metodo antisettico di Lister nelle operazioni chirurgiche, si pratica con pieno successo quello che prima neppur si osava immaginare. Il Little riferisce intorno a 23 ascessi del fegato, ch' ha avuto occasione di operare: ne' primi venti casi, trattati coll'apertura dopo la punzione aspiratrice, ha avuto 19 decessi; negli altri tre, invece, nei quali si giovò del metodo di Lister, il successo è stato completo. Vedi: Rochard, *Traitement des abcès du foie par l'ouverture large et directe combinée avec la méthode antiseptique de Lister* (Comptes rendus de l'Académie de médecine, octobre 1880).

ritorno o dell'esacerbazione della febbre, e accompagnante il brivido; ha quindi meno valore di quel che si è creduto, nè è fenomeno esclusivo e caratteristico dell'ascesso epatico;

g) I fenomeni cerebrali (delirio, insonnia, coma, apatia) non sono rari; ma una parte di essi devesi forse ascrivere all'itterizia; la quale a me risulta assai più frequente (88,88 %) che non agli altri Osservatori. In qualche caso essa può assumere tali proporzioni, che, in unione a' fenomeni cerebrali e ad accidentale apparente impicciolimento del fegato, può dare una falsa imagine di atrofia gialla acuta, anzichè di ascesso epatico;

h) L'area del fegato si altera nella forma e nel volume in un terzo circa de' casi, e l'alterazione si fa quasi sempre nel lobo destro e a spese del bordo inferiore della glandola;

i) La tinta cachettica e la denutrizione del malato si verificano con prontezza. Ugualmente pronta, nella guarigione, è la rinutrizione de' tessuti; anzi gl'individui divengono più grassi che avanti la malattia non erano;

j) La durata dell'ascesso mi risulta di 35 giorni in media; il corso più lungo è stato di 75 giorni, il più breve di 15;

k) La prognosi è gravissima e spesso sinistra; ma può rendersi assai più confortevole mercè il pronto intervento. Nel quale, sopra tutto, è riposta la cura; ed esso ha notevolmente aumentati i casi di guarigione. I processi rapidi di evacuamento sono da preferire a' lenti, ed è utile ricorrere agli aspiratori-injettatori prima che al gammautte.

VII.

L'ERGOTINA NELLE NEVRALGIE.

§ 1. La nevralgia, sintoma doloroso che esprime alterazione o modificazione de' nervi di senso, sia nella loro origine sia nelle diramazioni, ha sempre attivamente esercitato l'ingegno e gli studj de' Clinici, perchè ogni paziente vi chiede per prima cosa che gli leviate il soffrire; e questo, nelle nevralgie, è grandissimo. Disgraziatamente, le nostre attuali cognizioni non ci consentono ancora di conoscere con sicurezza la causa prima di tutte le alterazioni e modificazioni ne' nervi, le quali apportano nevralgia, e neppure la essenza di queste alterazioni e modificazioni; chè allora, ben più agevole e breve sarebbe il còmpito nostro nella cura, e questa ben più efficace; e non andremmo, come spesso ci tocca, a tentoni, or ajutandoci con le razionali e scientifiche conoscenze, or affidandoci alle pratiche tradizionali ed empiriche.

Gli studj sperimentali fisiologici e clinici, intorno agli effetti della segale cornuta sul sistema vascolare, dovuti al Brow-Sequard, all'Eberty, all'Holmes, al Kitchen, al Duboué, allo Schueller, ecc.; ed altresì la considerazione, che le nevralgie stanno sovente sotto la dipendenza dell'alterazione del circolo, o dell'alterazione del sangue, la quale riesce allo stesso effetto di modificare il circolo; mi hanno condotto a saggiare l'a-

zione della segala in quelle nevralgie, che ho ritenuto appunto un prodotto di iperemie speciali passive. Per analogia, poi, ho esteso ad altre nevralgie l'uso del fungo in parola, per conoscere fino a qual punto e con quanta utilità esso rispondesse, anche come uno de' tanti mezzi antinevralgici, nel tempo stesso che avesse a servir di controllo a que' casi ne' quali mi die' risultati positivi. Non ho pretermesso, in fine, di studiare l'azione di questo mezzo terapico in paragone di altri, che hanno uso più comune, o speciale raccomandazione di Clinici autorevoli.

Nell'impiego, alla segale in sostanza ho preferito il suo estratto liquido, e la via ipodermica per immetterlo nell'organismo; ciò, e per ottenere maggiore efficacia ed azione più pronta, e per agire direttamente sul luogo della sofferenza. E quanto all'estratto, ho anteposta la preparazione del Bonjean a quella del Wigger, tenendo nel dovuto conto l'importante studio comparativo che il Koeler ha fatto tra le due ergotine [1].

§ 2. Ma prima ch'io venga alle considerazioni ed alle conclusioni, che l'uso di questo agente terapeutico m' ha suggerite, metto sott'occhio a' lettori i fatti clinici che sono base a quelle.

Osservazione I.— Girolamo Barresi, villico, è ricevuto nella Clinica Medica di Palermo in marzo 1872. È andato soggetto varj anni di séguito alle febbri intermittenti miasmatiche, abitando luoghi in prossimità di paludi: or è qualche tempo che, dopo l'uso del chinino, le febbri non sono più tornate; ma da tre mesi soffre cotidianamente accessi gravi di nevralgia sopraorbitale sinistra, contro la quale sono stati impotenti il chinino e varj mezzi narcotizzanti, essendochè non hanno recato che momentaneo e incompleto sollievo. L'accesso suole assalirlo regolarmente poco dopo le 10 a. m.—Viene praticata verso le 8 a. m. una injezione ipodermica al sopracciglio sinistro, con 15 centigrammi d'ergotina in un grammo di glicerina; verso le 11 a. m. si ha qualche accenno di dolore, ma presto anche questo si dilegua. Per altri tre giorni di séguito fu injettata la stessa quantità del medicamento, e dopo qualche altro giorno l'infermo lasciava l'Ospedale perfettamente guarito. Le injezioni non produssero che bruciore piuttosto intenso per una mezz'ora circa, ma nè ascesso nè altro inconveniente.

[1] Vedi in *Virchow's Archiv*, 1874, Bd LX, pag. 384; — *Rivista clinica* di Bologna, seconda serie, a. VI, 1876, pag. 127.

Osservazione II. — Francesca D'Amico da Borgetto, di anni 32, donna di forte costituzione, ha frequentato annualmente in estate un suo podere ch'è soggetto alle esalazioni miasmatiche, ed annualmente ha incorso nelle febbri accessionali, che ha debellate co' sali di chinina. Da due anni non accede più a quella località infetta; pur le febbri sono qualche volta ricomparse, ma irregolarmente, nel tempo istesso che le sue forze sono venute gradatamente calando, le cute s'è fatta giallo-terrea, il ventre intumescente. Fui chiamato a visitarla in agosto 1873, e la trovai profondamente cachettica, con enorne tumore di milza, che riempiva buona parte della cavità addominale e misurava centimetri 33 nel suo maggior diametro. L'inferma era abitualmente apirettica; reclamava soccorso non tanto per l'estrema prostrazione delle sue forze, pel deficiente appetito e pel tumore addominale, quanto per gli accessi terzanarj di nevralgia sopraorbitale destra, i quali da tre mesi circa l'affliggevano in modo, ch'ella affermava non aver più forze da tollerarli. Ogni accesso, iniziandosi presso al mezzodì, prolungavasi fin verso le 10 a. m. del giorno successivo; era oltre ogni dire gravissimo, e cessando lasciava la inferma con una sensazione di stordimento del capo, ch'erale molesto quanto lo stesso accesso, impedendole di poter pigliare un po' di quel riposo di cui tanto abbisognava. Nel corso de' tre mesi ella non aveva fatto che cure empiriche, e solo negli ultimi giorni aveva adoprato dell'unguento oppiato, fornitole da un farmacista. Riconoscendo nell'infezione palustre la causa della nevralgia, la quale mascherava e surrogava gli accessi febbrili, non esitai ad amministrare il solfato di chinina, al quale accoppiai qualche centigrammo d'oppio; ma se con l'uso di tal farmaco si ottenne diminuzione della durata e minore intensità dell'accesso, non però mi fu dato di vincerlo completamente, quantunque spingessi la dose del sale di chinina oltre ad un grammo per giorno. Dopo due settimane di tal trattamento, pur non venendo abbandonato, gli accessi nevralgici ripigliarono la intensità e la durata di prima. Aggiunsi alla cura interna la cura locale narcotizzante (pomata di morfina, e di veratrina, cloroformio puro, polverizzazioni di etere solforico ecc.) ma gli effetti furono passaggieri o nulli. Allora messi in disparte ogni altro medicinale per appigliarmi all'ergotina, la quale avea veduto rispondere mirabilmente nel caso già riferito della Clinica Medica: di fatto, praticai una injezione alla regione sopraorbitale destra, due ore innanzi a quella in cui s'aspettava il solito accesso. L'inferma si lagnò del forte bruciore prodottogli dal medicamento injettato; ma dopo un'ora non avvertiva più nulla, e stette piena di fiducia ad attendere gli effetti della nuova medicazione; la quale non frustrò le nostre speranze, essendochè l'accesso non solo mancò, ma neppure mostrò d'accennarsi. Avendo passata l'intera notte in sonno tranquillo, trovai l'indomani la inferma lieta e desiderosa di una seconda injezione; questa però io rimandai alla mattina del giorno dopo, e così pure la rinnovai tre altre volte in giorni alterni, aggiungendovi fin dal secondo giorno la cura ricostituente di ferro e chinina per l'interno.

ACCADEMIA DI MEDICINA ★ TORINO DI

La guarigione fu completa, abbenchè dopo due mesi dell'impiego de' ferruginosi e chinacei pur residuasse un tumore splenico, che potei constatare essere press'a poco la metà di quello primamente notato, e che non fu più suscettibile di ulteriore riduzione.

Osservazione III. — Giovanni Brusca di anni 26, da Borgetto, esercita da più anni il mestiere di boaro, mestiere che l'obbliga spesso a dormire a cielo scoperto in località paludose; pure assicura che in sua vita non ha mai sofferto febbri nè altre malattie, se non vuolsi tener conto di qualche lievissimo catarro bronchiale, contratto alcuna volta nelle intemperie invernali. Però la tinta giallo-sporca della sua pelle, la pallidezza delle mucose e un discreto tumore di milza, mostrano chiaro che il miasma ha lentamente attaccato il suo organismo e distrutti molti dei suoi globuli sanguigni. Egli viene a consultarmi in ottobre 1873 per una nevralgia del trigemino, che data da due settimane e si fa sentire così alla regione infraorbitale come al mascellare inferiore: il dolore è per solito discreto e continuo, ma giornalmente innanzi al mezzodì si fa intollerabile, fino a che va declinando a gradi dopo cinque o sei ore, per tornare allo stato di prima. Avendo consultato nel primo giorno un barbiere, questi gli cavò un dente, che suppose cariato ed era sano; dopo il sesto dì fu sottoposto da un medico alla cura del chinino, ma tornò vana anch'essa, e fu abbadonata dopo 5 giorni: io ricorsi senz'altro alla cura locale dell'ergotina, e ne injettai 20 centigrammi sotto la pelle della mascella. Il dolore abituale cominciò lentamente a venir meno, e scomparve del tutto dopo un'ora e mezza dalla seconda injezione, che praticai l'indomani. Un'ultima ancora ne fu fatta il terzo giorno, dopo la quale prescrissi al paziente l'uso del chinino, cui accoppiai 20 centigrammi di segale cornuta al giorno. Il tic doloroso non si ripetè più; ed essendo l'infermo migliorato sensibilmente anche nella nutrizione e nella sanguificazione, ritornò dopo due altre settimane al suo mestiere.

Osservazione IV. — Vincenzo Caliri da Palermo, portinaio di anni 52, abita un bugigattolo scuro, che emana insopportabile puzzo. Non s'è mosso mai da Palermo; ama non poco il vino e dorme nella buca poc'anzi menzionata, avendo a piè del letto la bocca del cesso. Non conosce le febbri intermittenti; ma dall'ultimo giorno di novembre 1875 s'è lagnato del cosiddetto *chiodo solare* al lato manco, il quale gli reca non poco tormento dalle ore 8 a. m. alle 4 p. m. circa: ha infruttuosamente pigliato delle cartine di solfato di chinina con oppio, ha esternamente adoprato, e pur senza pro', le bagnature ghiacciate e l'applicazione di olio e cloroformio. Il giorno 7 decembre alle 7 a. m. pratico una injezione ipodermica dell'estratto liquido di segale, e il dolore non si manifesta affatto. L'indomani ne pratico una seconda, che fu l'ultima, perocchè non avendo avuto più nessun cenno del solito accesso, l'infermo volle sottrarsi ad ulteriori dolori di nuove injezioni: la nevralgia si era completamente dileguata.

Osservazione V. — Il giorno 18 ottobre 1876 sono chiamato presso Gesualda Pecorella di anni 46, da Borgetto, la quale reclama efficace aiuto contro la sua prosopalgia destra, che dura da tre mesi ed è stata ribelle ad ogni farmaco, sia internamente, sia esternamente adoprato. Ella non riferisce a nessuna causa il suo male; ma ha sofferto delle febbri palustri a riprese, ed ha un discreto tumore splenico anche ora. L'accesso manifestasi cotidianamente verso le ore 6 a. m. ed è intensissimo; si ammorza sensibilmente verso le ore 7 p. m., ma non lascia intera quiete alla malata nel corso della notte. Abbenchè trovo la nevralgia al suo acme, pur injetto verso l'angolo parotideo centigr. 15 d'ergotina. Il bruciore, che seguì la injezione, fu considerevole; ma dopo un'ora circa esso era andato via insieme al trimestrale dolore nevralgico. L'ammalata, quantunque paventasse assai il bruciore della injezione, si sottopose volentieri il domani ad una seconda, che praticai un poco più in su della prima, assai contenta di vedersi finalmente libera del tutto dall'ostinato e antico suo tormentatore, che, al dire di lei, stavala facendo ammattire, e aveala costretta a privarsi di due denti sanissimi. Il terzo giorno, e poi per altri dieci seguenti, prese l'inferma delle cartine di chinina e segala (ana centigrammi 30) e la guarigione fu completa. — In questo caso ebbesi però un inconveniente, la suppurazione della puntura fatta il primo giorno. Fu però leggera e di corta durata (8 giorni), nè diede gran fastidio alla inferma.

Osservazione VI. — Antonina Lucchesi da Borgetto, di anni 28, soffre di emicrania da poco più di tre mesi, e per liberarsene ha consultato molti medici e preso molti rimedj, i quali, però, non le han recato sollievo di sorta: i parosismi sopravvengono regolarmente tre volte al mese, sempre intensi, ma intensissimi poi quando accade che coincidano col periodo mestruale. In uno di questi parosismi, in agosto 1875, visitai la inferma; l'indomani, trovatala libera, pensai ad una conveniente cura, e senza esitare mi appigliai all'ergotina, avendo considerato che i mezzi più generalmente adoprati a combattere questa affezione, che i Patologi han voluto collocare tra le nevrosi, erano stati messi in opra da' medici che prima di me visitarono la paziente. Nè già a caso volsi la mente al fungo della segale; perocchè mi mossero ad adoprarlo da un lato le recenti esperienze del Dr. Kitchen, che l'ha impiegato con qualche risultato nella emicrania e in altre malattie del sistema nervoso; dall'altro lato la ipotesi ingegnosa del Du Bois Raimond, ampiamente poi sviluppata dal Moellendorf, secondo la quale « il parosismo di emicrania risulterebbe da una dilatazione delle ramificazioni di una delle due carotidi cerebrali, la quale sarebbe conseguenza di un'innervazione anormale di questi vasi per parte del ganglio supremo del simpatico. In quest'evenienza il cervello si troverebbe, durante il parosismo dell'emicrania, nello stesso stato in cui si trova l'orecchio del coniglio dopo la recisione della porzione cervicale del simpatico ». Injettai sotto la pelle, poco al di dietro della

apofisi mastoidea, la solita quantità d'ergotina, ripetendo in giorni alterni le injezioni, fino al numero di otto. L'emicrania scomparve, nè mai più è ritornata.

Osservazione VII. — In altro caso di emicrania, che datava da sei mesi, in una Marianna Salvia di anni 50, da Borgetto, eseguii due injezioni di centigrammi 10 l'una dell'estratto di segale, nei giorni 19 e 21 ottobre 1876. Il risultato, che ne ottenni, non fu inferiore a quello poc'anzi notato: però, avendo dovuto lasciare Borgetto, non praticai nessun'altra injezione dopo le due. Ma ho saputo che la inferma sta bene, e solo di quando in quando prova al capo qualche lieve disturbo, il quale pare voglia accennare a un ritorno dell'emicrania, ma poi ben tosto si dissipa.

Osservazione VIII.—Giuseppe Taormina, muratore di anni 45, da Borgetto, mi chiamava a curarlo nel principio dell'agosto 1875 per una sciatica, sopravvenutagli da una settimana dopo un lavoro di parecchi giorni alla riparazione di un acquedotto. I dolori, che dapprima erano discreti, tantochè l'infermo non s'era messo a letto, si fecero intollerabili dopo il quarto giorno e non offrivano nessuna, anche momentanea, remissione. Adoprai inutilmente per tre settimane il cloroformio, la pomata di veratrina e quella di morfina, le injezioni sottocutanee di quest'ultima sostanza, i vescicatorj, le fomentazioni calde coi sacchetti aromatici canforati, raccomandati dal Cantani e da altri Clinici, ma non ottenni che un miglioramento assai fuggevole. Volli esperimentare, anche in questo caso, l'ergotina, e ne injettai 20 centigr. nel *punto doloroso lombare*. Seguì dopo una mezz'ora un graduale abbassamento del dolore, il quale verso la sera e nella notte si mantenne discreto, cosicchè l'infermo potè conciliare qualche momento di sonno. Incoraggiato da tal effetto, spinsi sotto la pelle uguale quantità del farmaco la mattina dopo, e così l'altra che successe. La nevralgia ischiatica potè dirsi vinta affatto al quarto giorno; pur io feci seguire le prime quattro da altrettante injezioni, le quali però praticai non più cotidianamente, ma in giorni alterni.

Il Taormina, ch'avea già ripigliato l'ordinario suo lavoro, ricadde nella nevralgia ischiatica un mese dopo; questa volta feci la prima injezione di ergotina nel secondo giorno dalla recidiva, e l'effetto fu immediato e sorprendente. Nei giorni successivi amministrai la segale in polvere (20 centigrammi al giorno in una cartina) per dieci giorni soltanto, dopo i quali il Taormina non ebbe più bisogno della mia assistenza.

Osservazione IX. — L'eccellente risultato, che ottenni nel precedente caso di sciatica, m'incoraggiò a proseguire gli esperimenti dell'ergotina in questa nevralgia; ond'è che chiamato a visitare una Vincenza Cangemi da Palermo, di anni 28, soffrente per l'affezione in parola, mi appigliai sin dal primo momento all'estratto

liquido di segale. Tre sole injezioni, fatte nei giorni 6, 7 ed 8 decembre 1875, bastarono a vincere completamente il dolore; e siccome la inferma rifiutossi a farsi ulteriormente forare la pelle, recandole assai fastidio il bruciore che di ordinario conséguita all'immissione del medicamento, così le prescrissi le polveri di segale, ch'ella prese per dodici giorni. La guarigione fu completa per allora; ma la sciatica recidivò negli ultimi giorni del mese, e questa volta l'uso ipodermico dell'ergotina non seppe darmi che una lieve remissione del dolore e per un giorno soltanto. Trovati infruttuosi e questo e varj altri mezzi terapeutici, e non riuscendo a procurarmi il croton-cloralio, che allora avean tanto raccomandato il Benson-Baker, il Grey, il Worms, ecc., dovetti contentarmi dei soliti revulsivi e del ferro rovente; ma confesso che i vantaggi ottenuti sono stati così scarsi, che la mia fiducia in questi mezzi non potè esser molta. Dopo il 18 gennajo dell'anno 1876 non vidi più l'ammalata; ma seppi che, con alternative di meglio e peggio, ella continuò a starsene in letto per otto mesi ancora, fino a che guarì del tutto, spontaneamente, avendo messo da parte ogni rimedio.

Osservazione X. — Il barbitonsore Giuseppe Polizzi da Borgetto, di anni 60, gottoso di antica data, profondamente anemico per perdite emorroidarie, è tenuto a letto da un mese da una sciatica destra ostinatissima. Il 16 agosto 1876 gli injetto sotto la pelle, in uno de' punti dolorosi della coscia, 20 centigr. di ergotina. Dopo due ore, il dolore ischiatico è cessato per incanto; l'indomani egli può recarsi in bottega con l'aiuto di un bastone, e rifiuta ulteriori punture, affermando di sentirsi del tutto guarito. E difatti, in breve egli si rimette completamente della nevralgia ischiatica e ripiglia le sue ordinarie occupazioni.

Osservazione XI.—Il 17 dec. 1876 io accoglieva nella « Sala di Deposito » della Clinica il ventisettenne Salvatore Ingrassia, villico, di gracile costituzione e con le impronte di profonda cachessia. Due mesi e mezzo addietro, secondo egli affermava, essendosi recato in luoghi di malaria, fu colto dalle febbri intermittenti a tipo cotidiano; ma gli accessi furono al quinto dì troncati dal chinino, e d'allora in poi più non si riprodussero. Ma restavano la prostrazione delle forze, il dimagramento, le cattive digestioni, il tumore splenico, cui si aggiungeva poco appresso la nevralgia ischiatica sinistra, la quale si rese in breve sì molesta, che l'infermo, provati inutili molti rimedj, venne a cercar ricovero nell'Ospedale. In quest'ammalato praticai, dal 18 al 22 decembre, cinque injezioni ipodermiche sui diversi punti dolorosi, con 15 centigrammi di ergotina per volta. Notai che il dolore non cesse qui di un tratto, ma a gradi, e non potè dirsi andato via del tutto che dopo la quinta injezione, che fu l'ultima: e tuttavia, ne' giorni seguenti, allo infermo non era dato di poter estendere l'arto, perchè il dolore veniva a ridestarsi. Notai altresì che il bruciore, che teneva dietro alla injezione, era assai

forte e si protraeva oltre ad un'ora. La osservazione non potè completarsi, perchè, colto da pleuro-polmonite, cui complicò un catarro gastro-enterico, l'infermo si moriva il 2 gennajo 1877. La necroscopia misemi nettamente in evidenza la causa della morte, e rivelò eziandio peri-epatite e peri-splenite di vecchia data. Nei punti, ove erano state fatte le injezioni, trovai il tessuto che non dava affatto vestigio della puntura e del farmaco ivi deposto.

Osservazione XII. — Nella contadina Margherita Polizzi, di anni 26 da Borgetto, la quale soffriva da due mesi di sciatica sinistra, venuta dopo ch'ella pernottò varie sere in campagna e dormì sul nudo suolo, praticai cinque injezioni ipodermiche d'ergotina, sui punti dolorosi lombare, gluteo e femorale, ne' giorni dal 22 al 26 settembre 1878. In antecedenza, la Polizzi aveva sofferto di reumatismo articolare, per circa tre mesi. Il dolore ischiatico, in questo caso, si attenuò molto con la prima injezione del farmaco; poi continuò a scemare, ma insensibilmente. Si riesacerbò ne' giorni 27 e 28, ne' quali non feci nulla, ed in tal maniera, che l'inferma stessa reclamò le cotidiane punture, per quanto spiacevoli: ma il 29 ed il 30, all'insaputa di lei, anzichè l'ergotina, io introdussi sotto la pelle semplicemente acqua distillata; la quale del resto, com'è noto, riesce a calmare le nevralgie intercostali ed anche la tosse, ne' tisici. Or bene, nel caso nostro non arrecò niun effetto sedativo, e debbo dir anzi che accrebbe i tormenti del nervo, o per lo meno non impedì che si accrescessero. Dal 1° al 4 ottobre, volli sperimentare il cloroformio, le injezioni sottocutanee di morfina, il vescicatorio, che venne medicato con pomata di morfina; ma non ottenni che alleviamenti temporanei; e l'8 poi, anche per le insistenze della malata, feci ritorno all'estratto liquido di segale, che mi die' risultato prontissimo e sicuro questa volta, fin dalla prima injezione. Alla quale ne feci tener dietro altre cinque, una ogni due giorni, per assodare la guarigione, che fu completa e stabile.

Osservazione XIII. — La signora Concetta Corso da Girgenti, di anni 34 circa, chiede le mie cure per la sua emicrania, che è quasi continua e da otto mesi resiste ostinata a' più svariati rimedj. Dal 24 al 28 giugno 1879, a giorni alterni, injetto per tre volte la tenue dose di 15 centigr. di ergotina, all'angolo parotideo e dietro l'apofisi mastoide, e l'effetto benefico ed immediato (fin dalla prima puntura) non manca neppur qui. Assicurai la guarigione amministrando cotidianamente all'inferma la polvere di segale (centigr. 15), per oltre a 20 giorni.

Osservazione XIV. — Questa riguarda la massaja Cira Marù, di anni 31, da Borgetto, affetta anch'essa da emicrania, da un mese. Praticai, qui, due sole injezioni sottocutanee (24 e 26 maggio 1880), con effetto non diverso dal caso precedente. La paziente rifiutossi ad ulteriori punture; pur tuttavia in capo a due settimane, durante le quali prese la segale per bocca, guarì perfettamente.

§ 3. Comunque si vogliano considerare le isteralgie, o come nevralgie vere o come manifestazioni di malattie degli organi generativi, certo è che sono atrocissime sempre ed intollerabili, e dipendono spesso da congestioni alla matrice e suoi annessi. È risaputo, del resto, che alcune donne, nelle quali l'utero è perfettamente sano, provano degli accessi dolorosi uterini, che hanno assolutamente i caratteri di nevralgia. Lasciamo stare, qui, la questione, se queste iperestesie isteriche abbiano oppur no origine (almeno in parte) da disturbi reflessi, provocati da abitudini indecorose o da voglie insoddisfatte ecc.; pigliamo solo il fatto, che queste isteralgie cessano con la forte cauterizzazione del collo, o con altri mezzi locali che vincono lo stato congestivo. Ma non sempre ci è dato di giovarci di questa efficace cura locale; perchè l'isteralgia è propria delle giovani, e più frequente nelle giovani nubili.... E allora?

Io mi son chiesto, se l'ergotina per uso ipodermico potesse, in questi casi, esser giovevole; e non ho indugiato a rivolgermi ad essa con fondata speranza, consapevole della sua azione speciale elettiva e su' vasi e sulle fibre muscolari dell'utero. Le quattro osservazioni seguenti dimostrano, ch'io non m'ingannava nel riporre fiducia nell'agente terapeutico di cui mi sto occupando.

Osservazione XV. — La ventiduenne crestaja Antonina G.*** va soggetta ad isteralgia ogni tre, cinque, otto giorni al più; ha fatto tutte le cure possibili per due anni, ma gli accessi riproduconsi lo stesso. Le injezioni sottocutanee di morfina levano l'acutezza del dolore, ma lasciano di più lunga durata quello sordo, che fa coda agli accessi, ed un gran senso di peso a' lombi ed al perineo. Alleviamento discreto portano solo il semicupio freddo prolungato, e il largo uso di bromuro di canfora, o di bromuro di zinco; ma non sempre e non senza inconvenienti si può insistere sopra questi rimedj.

Visito l'Antonina il 10 luglio 1880, sotto un accesso doloroso, e le pratico tosto una injezione sottocutanea di 25 centigr. d'ergotina, nella regione soprapubica. Dopo un'ora (ogni accesso solea durare cinque ore, in media) il dolore cominciò ad attenuarsi sensibilmente e progressivamente, ed era affatto cessato dopo tre. Una seconda injezione praticai l'indomani; poi, a giorni alterni, altre sei, e sempre con l'istessa dose del farmaco. L'isteralgia fu vinta del tutto, nè più era tornata fino a sette mesi dopo, tempo in cui ebbi opportunità di rivedere la paziente.

Osservazione XVI. — Gli accessi d'isteralgia nella signora Francesca C.*** diciottenne, sposa da tre mesi, cominciarono dal terzo dì dalle nozze; soppravvengono cotidianamente, e ad ogni accesso si accompagna lieve gemizio di sangue da' genitali. L'utero è sano, il muso di tinca appena iperemico. Le cauterizzazioni locali aveano per poco modificata la intensità del dolore; tutti gli altri mezzi non erano approdati a nulla. Il 16 gennajo 1881 mi appigliai all'ergotina, injettandone durante la calma 20 centigrammi; dose che ripetei ne' giorni 17, 18 e 19, quantunque il dolore non fosse affatto ricomparso dopo la prima puntura. La paziente, in séguito, fece giornalieri semicupj freddi per molti mesi: che io sappia, non è mai più ricaduta nella isteralgia.

Osservazione XVII. — Rosina P.*** agiata ragazza diciassettenne, ebbe il primo accesso d'isteralgia a 16 anni, al ritorno da un ballo. Da quel momento, gli accessi rinnovansi ogni qualvolta c'è un'emozione morale qualsiasi, e in tal modo violenti, da provocare non di rado degli spasmi tonici generali, ma senza perdita di coscienza; hanno, gli accessi, la durata media di 10 ore, e lasciano il corpo in grande spossatezza; sono indipendenti, per solito, da' mestrui; i quali però vengono copiosi e in anticipo di 4-6 giorni, fin dal primo apparire dell'isteralgia. Le più attive e svariate cure non sono valse, non dico ad allontanare gli accessi, ma neppure a scemarne la intensità o ad abbreviarne la durata.

La sera del 13 marzo 1883, durante l'accesso isteralgico, cominciato un'ora innanzi, pratico la prima injezione d'ergotina (25 centigr.): dopo mezz'ora il dolore è in discesa sensibile, dopo due può dirsi cessato, poichè non residua che una dolorabilità sorda e profonda, la quale non vieta all'inferma di pigliar sonno. Il domani la ragazza afferma di star bene, di non provare il languore, solito a tener dietro alla nevralgia; pur injetto una seconda volta il farmaco, ed una terza il giorno 15; dal 16 al 31 poi amministro la segale per bocca (centigr. 10 al giorno), sospendendola al sopravvenire delle regole, stavolta non più copiose. Il 30 d'aprile, e poi di nuovo il 15 giugno, in occasione di forti dispiaceri, si rinnova l'accesso isteralgico; ma due injezioni per volta, in due giorni di séguito, della solita dose d'ergotina, e poi qualche giorno dell'uso del fungo in sostanza, sono bastate a rimuovere diffinitivamente il temuto dolore.

Osservazione XVIII. — In Damiana S.*** di anni 22, praticai la injezione d'ergotina il 15 aprile 1883, durante l'accesso d'isteralgia, ma non ottenni qui il benchè minimo vantaggio; però bisogna notare, che gli accessi traevano origine, nel presente caso, da ulcere del muso di tinca, delle quali la Damiana, sposa recente, era stata contagiata dal marito. Rinunziai tosto, com'è a credere, all'ergotina, alla quale io aveva ricorso a solo titolo di saggio comparativo.

§ 4. A questi diciotto casi clinici, sommariamente riferiti, altri dodici potrei aggiungerne, raccolti negli anni 1879-1884; ma di essi basterà registrare i risultati terapeutici in poche parole. L'uso ipodermico dell'ergotina ebbe esito assolutamente negativo in tre casi di nevralgia intercostale, in tre di nevralgia lombo-addominale, in due di nevralgia cervico-brachiale; in questi tutti, ne' quali erano eziandio riesciti infruttuosi varj altri mezzi torpenti e rivulsivi, ebbe, invece, pieno successo la corrente galvanica ascendente. Risultato pur negativo ottenni coll'ergotina in due casi di vecchia sciatica, che furono alla perfine vinti, l'uno con le injezioni ipodermiche di morfina direttamente sul tronco nervoso, secondo il metodo del D.r Lawson [1], l'altro con l'elettricità, adoprando una forte corrente galvanica ascendente. In un caso di isteralgia, che si legava però ad un processo cancerigno dell'organo, ottenni un alleviamento assai discreto e temporaneo, inferiore a quello che mi dava l'uso ipodermico della morfina; ma in compenso notai la sensibile diminuzione dello scolo sanguigno. In fine, in un caso di prosolpalgia destra, non vidi nessun risultato, e, per maggiore disdetta, delle tre punture, due vennero a suppurazione. La guarigione, anche qui, si dovette al lungo uso della corrente elettrica continua.

§ 5. Io mi lusingo che, sperimentando più largamente l'ergotina nelle nevralgie, vorranno i Clinici confortare di nuove osservazioni queste mie [2]; dalle quali, intanto, parmi ch'io possa dedurre i seguenti corollarj:

a) L'ergotina apporta sicuro vantaggio in quelle nevralgie che sono accompagnate da iperemie speciali, per lo più passive, di-

[1] Lawson, *Sciatica, Lumbago and Brachialgia*, pag. 93 (London, 1872).

[2] Il ch.mo Prof. Dujardin-Beaumetz, accogliendo dal punto di vista teorico la cura da me proposta, nelle nevralgie congestive, dice non avere in proposito esperienze proprie, poichè in tali casi gli è riuscita sempre (egli scrive) l'aconitina come rimedio eroico. Vedi: *Lezioni di Clinica terapeutica* cit., parte settima: Malattie del sistema nervoso, lezione quarta, pag. 102.

pendenti dall'alterazione del circolo ematico, o dall'alterazione del sangue, che riesce allo stesso effetto di modificare il circolo. Così, nelle nevralgie del trigemino o d'altro nervo periferico, che si legano ad infezione da malaria; nella emicrania, che deesi giudicare come il prodotto d'una iperemia delle ramificazioni d'una delle due carotidi cerebrali; nella sciatica, quando dipende da discrasia reumatica o gottosa, oppure da oligoemia; nelle isteralgie, allorchè risultano da congestioni dell'organo e suoi annessi, indipendenti da lesioni organiche, ecc.

b) Nessun reale vantaggio, o lievissimo e transitorio, produce l'uso dell'ergotina nelle nevralgie d'altra natura o causa, diversa dalle sunnominate; nondimeno, non sarà forse inutile sperimentarla in più larga scala, essendo ovvio che nelle malattie del sistema nervoso non si ha quella costanza di effetti de' medicinali ch'è desiderabile, ed essendo invece non raro che si veggano i più riputati ed energici antinevrini portar meno giovamento di altri, su' quali d'ordinario si conta ben poco.

c) Per ottenere maggiore efficacia del farmaco ed azione più pronta, e per agire direttamente sul nervo iperestesico, bisogna preferire la via ipodermica. Alla injezione conséguita ordinariamente intenso bruciore, talvolta dolore, che svaniscono nel breve tempo da mezza ad un'ora, se si applicano delle piccole compresse, inzuppate nell'acqua fresca, sul luogo della puntura. Nè risipola, nè altro inconveniente tiene dietro a questa: qualche rara volta si produce ascesso, ma è dipendente o dalla cattiva preparazione dell'estratto liquido di segale, o dal non essersi prese tutte le necessarie precauzioni per rendere asettico l'ago ecc.

d) Il dolore attutisce o scompare del tutto, dopo una o due injezioni; ma per assicurare il vantaggio del trattamento curativo non si dee tosto lasciarlo, ma far sì che alle prime due seguano, a giorni alterni, altre 2-6 injezioni, a seconda della gravezza della nevralgia e della sua maggiore o minore antichità. La cura consecutiva, che dee raffermare gli effetti ottenuti e mirare sopratutto alle cause, può, anzi deve essere coadjuvata dalla segale in

sostanza, per bocca, a tenuissime dosi (da 10 a 15 centigrammi per giorno).

e) Per ogni injezione è sufficiente adoperare da 15 a 25 centigrammi d'ergotina, nell' adulto. Di tal quantità ho fatto la soluzione in un grammo d'acqua distillata, quasi sempre; qualche volta nella glicerina. La preparazione da preferire, per l'effetto desiderato, è l'ergotina del Bonjean.

GIUNTE.

INFEZIONE DA MALARIA.

Pag. 2, nota 1. *Si aggiunga:* e *La malaria in Italia, con speciali considerazioni sulla distribuzione di essa nelle principali guarnigioni dell'Esercito, dei dottori* C. Sforza e R. Gigliarelli, *capitani medici.* (Roma, Tip. degli Stab. militari di pena, 1885).

Pag. 10, nota 1. *Si aggiunga in fine:* e le memorie di Leroux, *Du paludisme congénital* e di Verneuil, *Contribution à l'histoire du paludisme congénital*, stampate entrambe nella « Revue de médecine » di Parigi, a. 1882 (luglio e agosto).

Pag. 14, nota 2. *Si aggiunga:* Un esempio veramente dimostrativo di infezione malarica, introdotta per le vie digerenti, ho studiato in persona del sig. Pietro Todaro da Partinico, uomo a 34 anni, di costituzione erculea, il quale prese la febbre cotidiana ed una cachessia delle più gravi per aver bevuto dell'acqua d'un rigagnoletto della Cambuca, ne' pressi del Jato. Una cura attivissima e non interrotta, da' primi di novembre 1883 all'aprile 1884, potè solo ridare la salute al Todaro. Pubblicherò questa storia clinica con altre, quando tornerò, e spero presto, sul vitale argomento della malaria.

Pag. 24, nota 1. *Si aggiunga:* E consulta ancora: Marchiafava e Celli, *Osservazioni sul sangue nella infezione da malaria* (« Gazzetta degli Ospitali » di Milano, a. IV, 1883, nn. 66 e 82); — Hayem, *De la crise hématique dans la fièvre intermittente* (« Archives de Physiologie », n. 6, 1883; e « Revue des sciences médicales », a. XII, 1884, t. XXIV, pag. 507).

Pag. 42, nota 1. *Si aggiunga:* Dopo la stampa del presente mio studio, era visitato dal Prof. Federici un tal Giovanni Corso da Castellamare, che presentava appunto un notevole caso di intossicazione chinica. Il Federici mandavami l'infermo nel mio « Gabinetto di Analisi delle urine », e poi accoglievalo nella Clinica. Non occorre dire s'io seguissi con attenzione un malato che tanto m'interessava, e la cui storia mi proponeva di pubblicare, come rettifica agli apprezzamenti da me fatti nel testo del mio lavoro; ma oggi me ne astengo, essendo stato, il caso del Corso, messo in luce dal mio carissimo amico Prof. Vincenzo Cervello (a cui il Federici cesse l'osservazione clinica e tutto) con il titolo: *Sull'emoglobinuria da chinina* (Napoli, 1884).

Una nuova pubblicazione del Prof. Tomaselli sull'argomento è la *Contribuzione all'esistenza della Febbre ittero-ematurica per la chinina,* che si legge nella « Rivista clinica e terapeutica » di Napoli, a. VI, 1884, n. 7, pag. 310-315.

Pag. 47-48, « *Annotazione* ». *Si aggiunga:* Il Laveran, nel suo recente e pregevole *Traité des Fièvres palustres, avec la description des microbes du paludisme* (Paris, Doin, 1884) insiste su' suoi « corpi cistici e filamenti mobili » come il vero parassita della malaria; ma dopo gli ulteriori studj e sperimenti del Marchiafava, non è più permesso, mi pare, di non considerare il *bacillus malariae* del Klebs e del Tommasi-Crudeli come il reale microrganismo generatore della infezione malarica. Intuonino pure, i perpetui encomiatori a dritto e a torto, di quanto la Francia produce, un inno al Laveran, e dimentichino o scherniscano le glorie nazionali e d'altri stati; io metto loro di contro un giudizio di stranieri su' « corpi cistici e su' filamenti mobili », il giudizio di Cornil e di Babes, un francese ed un tedesco ai quali nessuno vorrà negare una gran competenza. Or bene, nella magistrale opera: *Les bactéries et leur role dans l'anatomie et l'histologie pathologiques des maladies infectieuses* (Paris, F. Alcan, 1885; deux. partie, deux. section, chap. X, pag. 463), questi Autori, accogliendo il *bacillus malariae,* ritengono i detti corpi e filamenti mobili del Laveran come semplici espansioni sarcodiche e prodotti di distruzione de' globuli del sangue riscaldati a 40°.

POLMONITE FIBRINOSA.

Pag. 54, lin. 16. *Si segni la nota seguente:* Il D.r Seibert ha pubblicato recentemente una interessantissima memoria su la *Influenza dei cangiamenti atmosferici sulla insorgenza della polmonite cruposa.* (« Archiv f. Kind. », n. IV, 1883; — « Gazzetta degli Ospitali », a. IV. 1883, n. 20).

Pag. 56, lin. 27: *dopo la parola* magrezza, *si segni la nota 2, ch'è questa:* 2. In decembre 1874 fu ospitata nella Clinica Medica, per polmonite della base sinistra, la tavernaja Francesca Seidita da Palermo, di anni 48, la quale attirava l'attenzione

di tutti per la sua enorme grassezza. Pesata, nella convalescenza, ella die' la bagattella di 106 chilogrammi! E pensare che questa balena avea messo al mondo, tutti a termine e vivi, 24 figlioli!

Pag. 70, nota 1. *Si aggiunga:* Il Lasègue ha paragonata alle vocali la varietà del timbro del soffio tubario, per farne applicazione, però, al soffio che si produce nelle diverse malattie; così, alla pleurite attribuisce il soffio col timbro in E muta o in I; alla polmonite quello che l'ha in A, in O, in U ecc.

Pag. 80, nota 1. *Si aggiunga:* L'Hayem ha notato, che nel momento della defervescenza aumenta nel sangue il numero degli ematoblasti, e quest'aumento continua per qualche dì; poscia essi tornano al numero normale, non appena la parte eccedente s'è trasformata in globuli rossi. Vedi: Hayem, *Note sur la réparation du sang à la suite des maladies aiguës* (« Bull. de l'Acad. de méd. », 2.e série, t. VIII, n. 48; — et « France médical », 17 janv. 1880).

Pag. 84, lin. 12-14. *Dopo le parole:* nel periodo grave della malattia, *si aggiunga:* o più verisimilmente per processo di endocardite, che si sviluppa contemporaneamente come prodotto della stessa infezione,

Pag. 88, lin. 8. *Dopo il nome del* Tommasi *devesi aggiungere quello del* Cantani, *ed in nota la citazione:* Cantani, *Infezione da malaria* cit., lez., 2ª, loc. cit.

Pag. 111, lin. 5. *Dopo il nome di* Brissaud, *va aggiunto quello del* Firket; *e alla nota 2, dopo le indicazioni:* t. XX, pag. 525 e seg., *si aggiunga:* e pag. 128.

Pag. 119, lin. 34. *Dopo il nome del* Thompson *si aggiunga quello di* Charcot.

Pag. 135, lin. 3. *Dopo il nome del* Bozzolo, *si aggiunga quello di* Chaumier; *e in fine della nota, la indicazione:* Chaumier, *Traitement de la pneumonie franche par les bains froids* (Blois, 1884).

Pag. 136, nota. *Si aggiungano al fine le parole:* e giudichisi poi se qualche moderno non l'abbia per avventura saccheggiata, senza pur degnarsi di citarla!

Pag. 137-139. *Si collochino a posto queste altre indicazioni, nell'*Annotazione I.

** Barth (*H.*). La pneumonie est elle une maladie infectieuse? (*Revue des sciences médicales*, a. XII, 1884, t. XXIV, pag. 740 et suiv.).

* Brunon. Alcoolisme; Pneumonie gauche suppurée; Méningite. (*Le Progrès médical*, a. 13e, 10 janv., 1885).

Carrozza (*L.*). Sulla natura della pulmonite crupale. Tesi di concorso ec. Palermo, Tip. Fratelli Vena, 1884.

* Cornil (*A. V.*) et Babes (*V.*). Les bactéries et leur role dans l'anatomie et l'histologie pathologiques des maladies infectieuses. Paris, F. Alcan éditeur, 1885; P. II, Sect. II, chap. II, pag. 348 et suiv.

* Foà (*C.*) e Rattone (*G.*). Osservazioni ed esperimenti sul pneumococco. (*Gazzetta degli Ospitali*, a. VI, 1885, n. 12).

* Friedländer. Die Mikrokokken der Pneumonie. (*Fortschritte der Medicin*, 1883, n. 22; — 1884, n. 10).

* Secretan (*L.*). Pneumonie infectieuse. (*Revue médical de la Suisse Romande*, 15 mars, 1885).

** Tommasi (*Salv.*). Essenza e cura della pulmonite. (*Rivista clinica e terapeutica*, a. IV, 1882, p. 207).

Pag. 140-142. *Si collochino a posto, nell'*Annotazione II, *queste altre indicazioni:*

Castellana (*Gius.*). Considerazioni ed osservazioni cliniche sulla cura della pneumonite lobare. Tesi di concorso. Palermo, Tip. del Giorn. di Sicilia, 1884.

Chaumier (*E.*). Traitement de la pneumonie franche par les bains froids. (Congrés pour l'avancement des sciences). Blois, 1884.

Gualdi. La cura dello Schwarz nella pulmonite. (*Bullettino della Reale Accademia Medica di Roma*, a. X, n. 2).

Pucci (*P.*). Il trattamento della pneumonite fibrinosa. (*Il Morgagni*, a. XXVI, 1884, pag. 417, 510, 584, 779 e segg.)

Riebe. Du traitement de la pneumonie franche par le jodure de potassium. (*Paris médical*, 1882).

FEGATO AMBULANTE.

Pag. 224. *In fine all'*Annotazione *si aggiunga:*

Quando si stampava il presente mio studio, non era ancora venuto fuori quello del Thierfelder, col titolo di *Fegato migrante*, nel Manuale dello Ziemssen (Vol. VIII, P. I, pag. 42 e segg. dalla traduz. italiana, 1885). Il Thierfelder non conosce che i soli casi pubblicati da Cantani, Piattelli, Meissner, Barbarotta, Winkler, Vogelsang, Leopold, Soutuguin, Chvostek, e attingendo alle Riviste più che alle originali memorie; cita poi in nota uno dei casi miei, e proprio quello che non era tale: (vedi in questo volume lo scritto di num. IV, *Cirrosi epatica ereditaria*). Intanto, tre nuove pubblicazioni sull'argomento debbo registrare, oltre a questa del Thierfelder, e sono le seguenti:

Schwarz (*F.*). Un cas de foie mobile. (*Soc. de méd. de Vienne*, 1e juin 1883; — *Revue des sciences médicales*, a. XIII, 1885 t. XXV, pag. 769).

Larionoff (*M.*). Un cas de foie mobile. (*Jégénéd. Klin. gazeta*, n. 2, 1885; — *Revue des sciences méd.*, a. XIII, 1885 t. XXVI, pag. 371).

Landau (*Leop.*). Le foie mobile et le ventre pendant des femmes. Berlin, 1885. (*Revue des sciences méd.*, a. t. e pag. cit.).

INDICE.

A Cesare Federici pag. VI

I. Infezione da malaria.

§ 1. Dottrina parasitaria. *Bacillus malariae*. » 1

§ 2. Malaria della provincia di Palermo, e in ispecie della regione occidentale, lungo il corso del fiume Jato. Cifre comparative tra la malaria e le altre malattie. Statistica annuale e mensile de' malarici, pel decennio 1873-1882, e rapporto tra le varie località infette. » 2

§ 3. Etiologia e Patogenesi. Stagioni e vicende atmosferiche. Umidità. Venti. Ozono » 5

§ 4 Sesso. Resistenza organica. Momenti debilitanti. Gravidanza. Infezione intrauterina. Trasmissione per allattamento. Età. Professione . » 9

§ 5. Azione súbita della malaria. Introduzione del fermento malarico per le vie respiratorie e per le vie digestive » 12

§ 6. Recidive malariche » 14

§ 7. Tipi febbrili e rapporti fra essi. Febbri erratiche e larvate. Perniciose, e tempi ne' quali si verificano. Perniciosa comatosa, emiplegica, pneumonica, algida, colerica, maniaca, bilioso-ematurica » 15

§ 8. Effetti della malaria sul sistema nervoso. Ritardo della circolazione arteriosa periferica. Pulsazione delle vene jugulari. Dilatazione passiva del cuore. Rallentamento de' polsi. » 24

§ 9. Seguono gli effetti della malaria sul sistema nervoso. La *tache cérébrale méningitique* del Trousseau. » 27

§ 10. Seguono gli effetti della malaria sul sistema nervoso. Orticaria. Erpes. Diarrea. Colica intestinale. Albuminuria. Poliuria ecc. pag. 29
§ 11. Stadj delle febbri. Ore di invasione. Freddo. Piressia. Sudore . » 31
§ 12. Tumore splenico. Milza mobile. Successioni morbose: Epatite interstiziale; nefrite cronica; degenerazione amiloidea de' visceri addominali; endocardite. » 33
§ 13. Seguono le successioni morbose: Tisi polmonale » 37
§ 14. Terapia. Chinina. Intossicazione chinica. Succedanei della chinina: berberina, eucalipto, acido carbolico, acido arsenioso, decotto di limone, ecc. Rimedj empirici; terrore, forti passioni, disturbi dietetici, ecc. . . » 40
Annotazione sul microrganismo ch'è causa della malaria. » 37

II. Polmonite fibrinosa.

§ 1. Introduzione » 49
§ 2. Etiologia. Frequenza della polmonite nella provincia di Palermo. Rapporti con le altre malattie, e con quelle degli organi del respiro in ispecie, per il decennio 1873-1882, e Proporzioni annuali e mensili fra esse. La polmonite in rapporto a' mesi ed alle variazioni atmosferiche . . . » ivi
§ 3. Segue etiologia. Condizioni sociali. Professioni. Sesso. Età. Costituzione. Sanità dell'organismo e dell'organo del respiro. Recidive di polmonite. Sede della polmonite » 54
§ 4. Sintomatologia. Prodomi. Brivido e altri fenomeni iniziali. Dolore laterale. Dispnea. Tosse. Sputo. Polso » 58
§ 5. Segue sintomatologia. Fremito pettorale. Modificazioni della sonorità. Suono timpanico. Broncofonia. Respiro bronchiale. Fenomeni del periodo di stato. Urine. » 67
§ 6. Segue sintomatologia. Temperatura. Defervescenza critica. Durata e Giorni critici » 74
§ 7. Complicazioni. Pleurite essudativa sierosa. Bronchite. Reumatismo articolare acuto. Cardiopatie. Enfisema polmonale. Itterizia ecc. . . » 81
§ 8. Varietà di forme della polmonite. Polmonite malarica. P. adinamica. P. emorragica. P. dei beoni. P. degli epilettici. P. massiccia. P. centrale. P. migrante. P. abortiva. P. senza febbre. » 88
§ 9. Esito. Guarigione. Passaggio allo stato cronico. Ascesso. Morte. Dati statistici de' casi di morte in rapporto alla età, al sesso, alle complicazioni morbose, alla estensione del processo, al genio epidemico » 123
§ 10. Patogenesi. Se la polmonite fibribosa deve considerarsi come una infezione generale con secondaria localizzazione nel polmone, ovvero come un processo infiammatorio puramente locale » 125
§ 11. Terapia. Cura diretta, contro il processo morboso, e cura indiretta,

dell'organismo in genere, e dei fenomeni e delle complicazioni in ispecie. Cura aspettante e cura medicamentosa. Rimedj speciali nelle varietà di forma della polmonite e nelle complicazioni. Salasso. Cura del dolore laterale, ecc. pag. 127

Annotazione I. Indicazioni bibliografiche per gli studj recenti su la natura della polmonite fibrinosa. » 137

Annotazione II. Indicazioni bibliografiche de' lavori su la terapia della polmonite fibrinosa » 140

III. Ascesso primitivo del laringe.

§ 1. Ascesso secondario del laringe ed ascesso primitivo. Storia clinica d'un caso di ascesso primitivo » 143

§ 2. Letteratura dell'ascesso primitivo. Cause. Sesso ed età de' malati. Sede dell'ascesso. Anatomia patologica » 146

§ 3. Decorso della malattia, e sintomi. » 147

§ 4. Diagnosi » 148

§ 5. Terapia. » 149

IV. Cirrosi epatica ereditaria.

§ 1. Storia clinica e illustrazione d'un creduto caso di *Inversione dei visceri addominali, con prolasso e mobilità del fegato* » 151

§ 2. Continuazione della storia clinica (secondo periodo) » 158

§ 3. Discussione diagnostica. Ultimo periodo della storia clinica. Reperto necroscopico . » 164

§ 4. Nuova discussione diagnostica. Cirrosi epatica. Etiologia, patogenesi, sintomatotogia della stessa e disamina comparativa col caso nostro. . » 174

§ 5. Causa ereditaria da ammettere per l'epatite interstiziale atrofica. Ragioni e fatti che la rendono probabile e pressocchè certa. » 181

V. Fegato ambulante.

§ 1. Sinonimia. Letteratura » 185

§ 2. Dieci storie cliniche di fegato ambulante » 186

§ 3. Etiologia. Cause predisponenti e cause occasionali » 210

§ 4. Meccanismo con cui si produce il prolasso epatico. Reperto necroscopico . » 213

§ 5. Sintomi subbiettivi e sintomi obbiettivi. » 215

§ 6. Diagnosi » 218

§ 7. Prognosi e significato patologico. Cura » 220

Annotazione. Bibliografica de' casi di fegato ambulante » 223

VI. Ascesso epatico.

§ 1. Frequenza dell'ascesso epatico nel mezzogiorno d'Italia, e nella provincia di Palermo in ispecie. Casi osservati fin qui. pag. 225
§ 2. Etiologia e patogenesi » 227
§ 3. Anatomia patologica. » 228
§ 4. Sintomatologia. Sintomi iniziali. Febbre. Dolore e vomito. Fenomeni cerebrali. Itterizia. Area epatica. Urine. Stato generale » 230
§ 5. Corso e durata. » 239
§ 6. Diagnosi. Prognosi. Esito. Guarigione spontanea e guarigione per atto operativo . » 239
§ 7. Trattamento dell'ascesso epatico » 247
§ 8. Conclusioni. » 248

VII. L'ergotina nelle nevralgie.

§ 1. Definizione della nevralgia. Azione fisiologica e terapeutica dell'ergotina. Applicazione di questa, per uso ipodermico, nelle nevralgie che sono prodotto di iperemie speciali passive. » 251
§ 2. Quattordici storie cliniche di nevralgie, curate con l'ergotina per uso ipodermico . » 252
§ 3. Considerazioni su le isteralgie. Quattro storie d'isteralgia, curata con l'ergotina per uso ipodermico. » 259
§ 4. Osservazioni su altre nevralgie, sottoposte allo stesso metodo curativo . » 261
§ 5. Corollarj che risultano dalle precedenti osservazioni cliniche . » ivi
Giunte . » 265

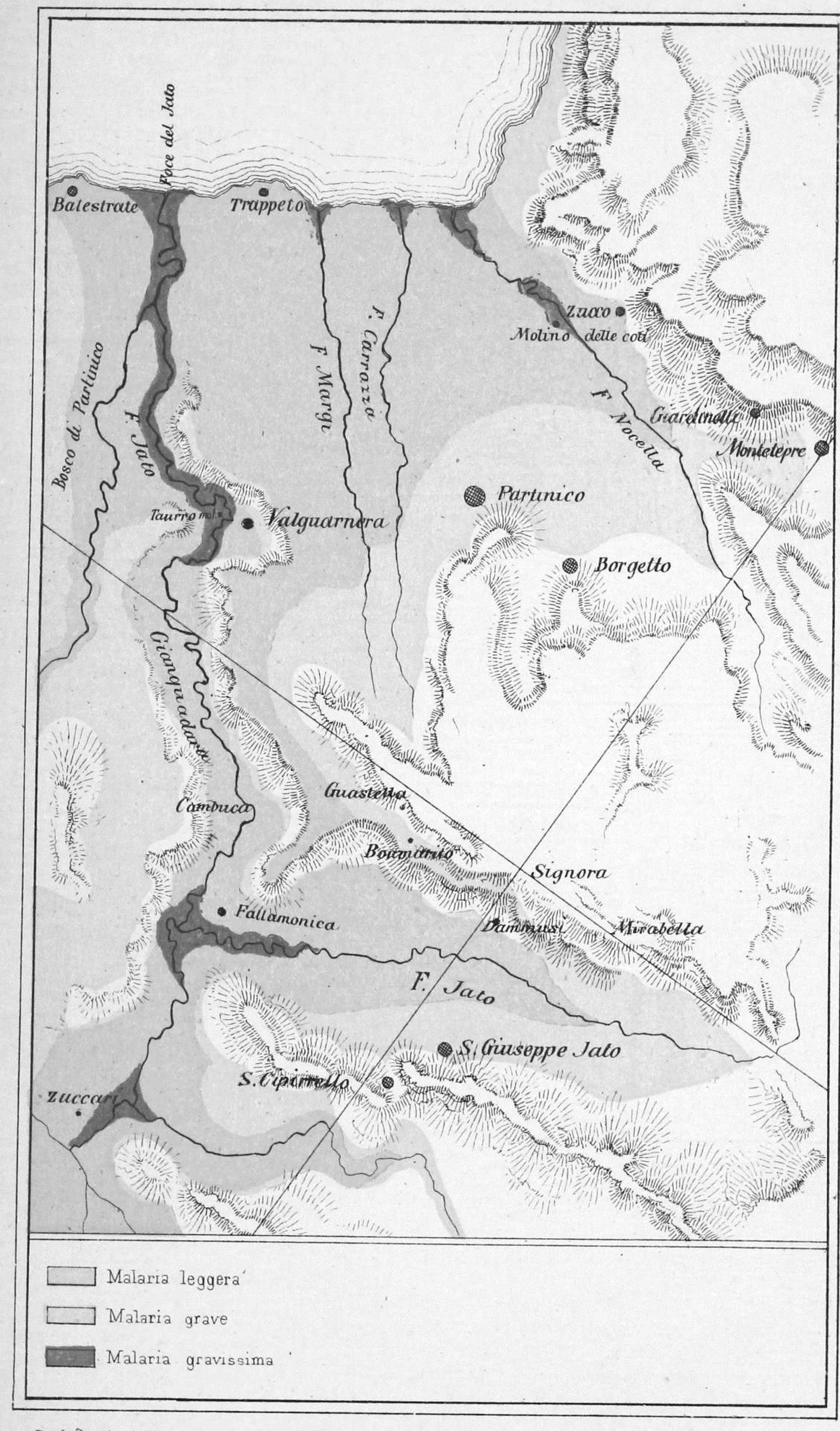
CORREZIONI.

Errori tipografici, per quanta cura si adopri nella correzione delle stampe, ne sfuggono sempre e a tutti; non maraviglia, dunque, che ne sieno sfuggiti anche a me, che pur mi reputo d'avere occhio sicuro ed esercitato. Corregga il gentile Lettore i pochi, che segno qui sotto e ch'ho potuti scorgere a stampa finita, e quegli altri che non ho scorti e che indubbiamente ci saranno; ma non copiosi, spero.

Pag. 11, lin. 5: Boxa. *Correggi:* Baxa.
» 92 » 12: mattino. *Correggi:* mattina.
» 93 e pag. 95: nella intestatura si legge: INFEZIONE DA MALARIA. *Correggi:* POLMONITE FIBRINOSA.
» 138, lin. 9: schizomiceten. *Correggi:* Schizomiceten.
» 139 » 29: Tommasi-Crudeli. *Correggi:* * Tommasi-Crudeli.
» 167 » *ultima*: alse. *Correggi:* false.
» 222 » 3: ptener resente. *Correggi:* tener presente.
» 256 » 12: sciatica. *Correggi:* sciatica destra.

Carta della malaria nella sezione occidentale della Provincia di Palermo (pag. 3).

Tav. I.

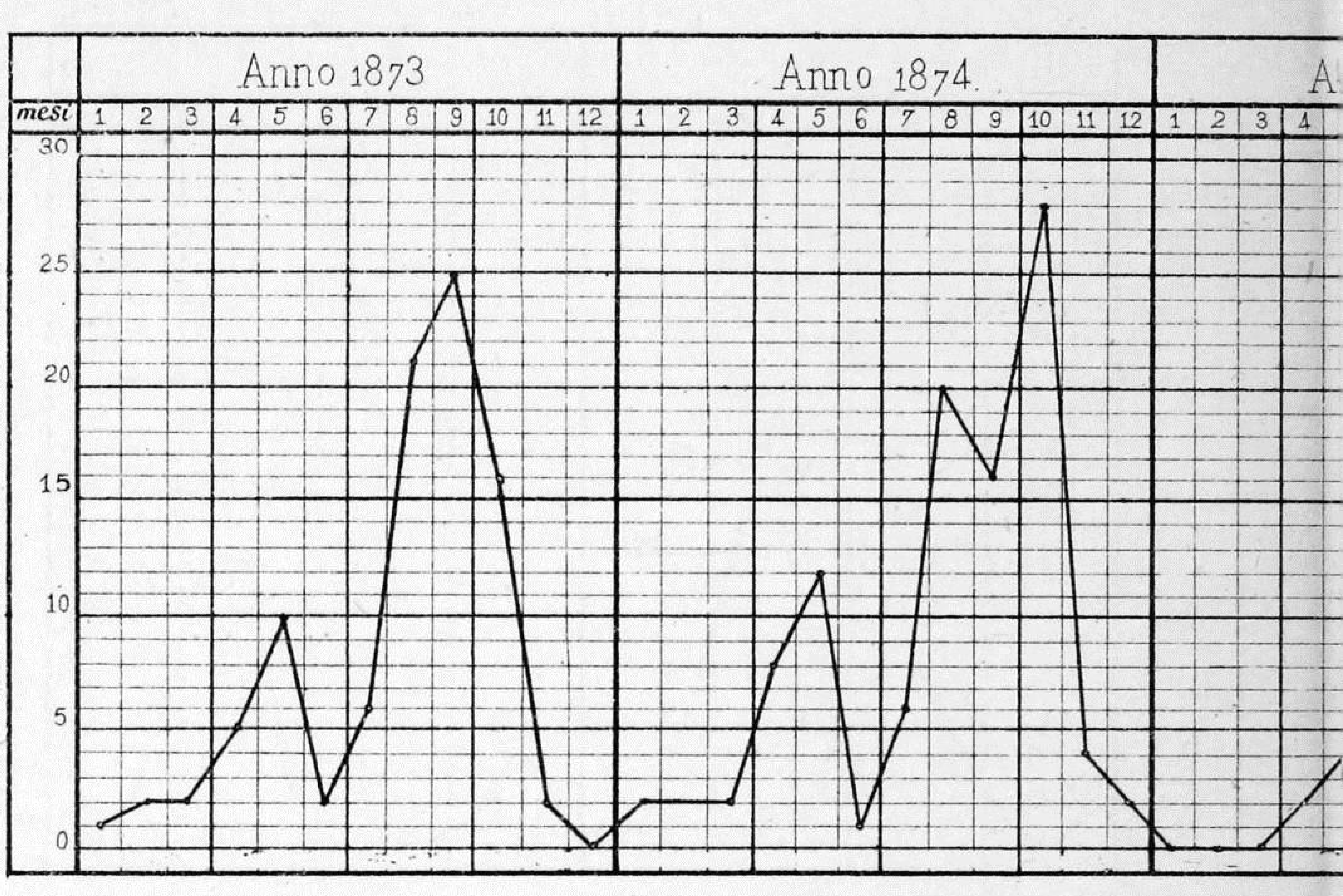


Prof. Bellio del.

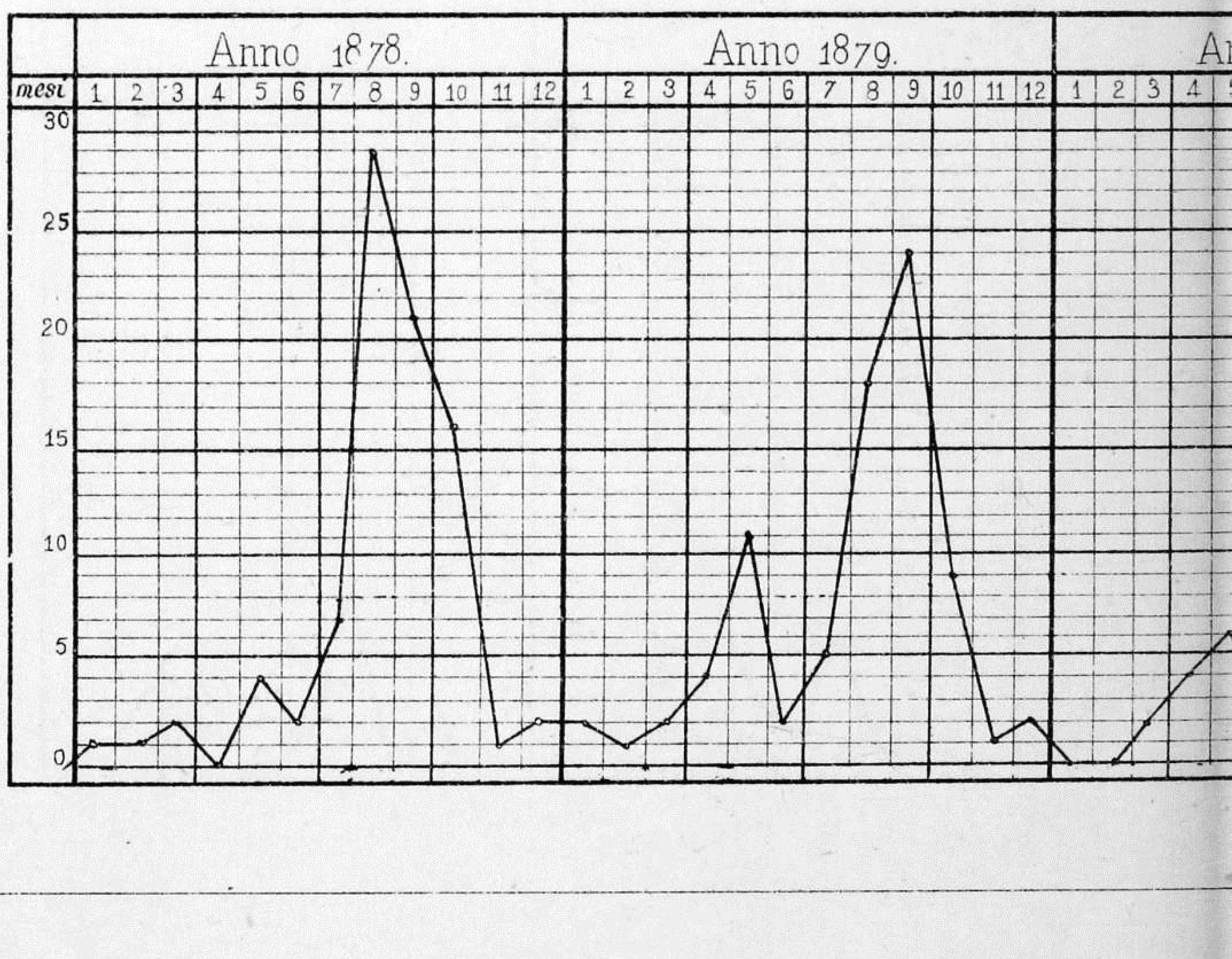
Lit. A. Brangi - Palermo

ACCADEMIA DI MEDICINA DI TORINO

Prospetto grafico dei cas
per tutti i mesi del

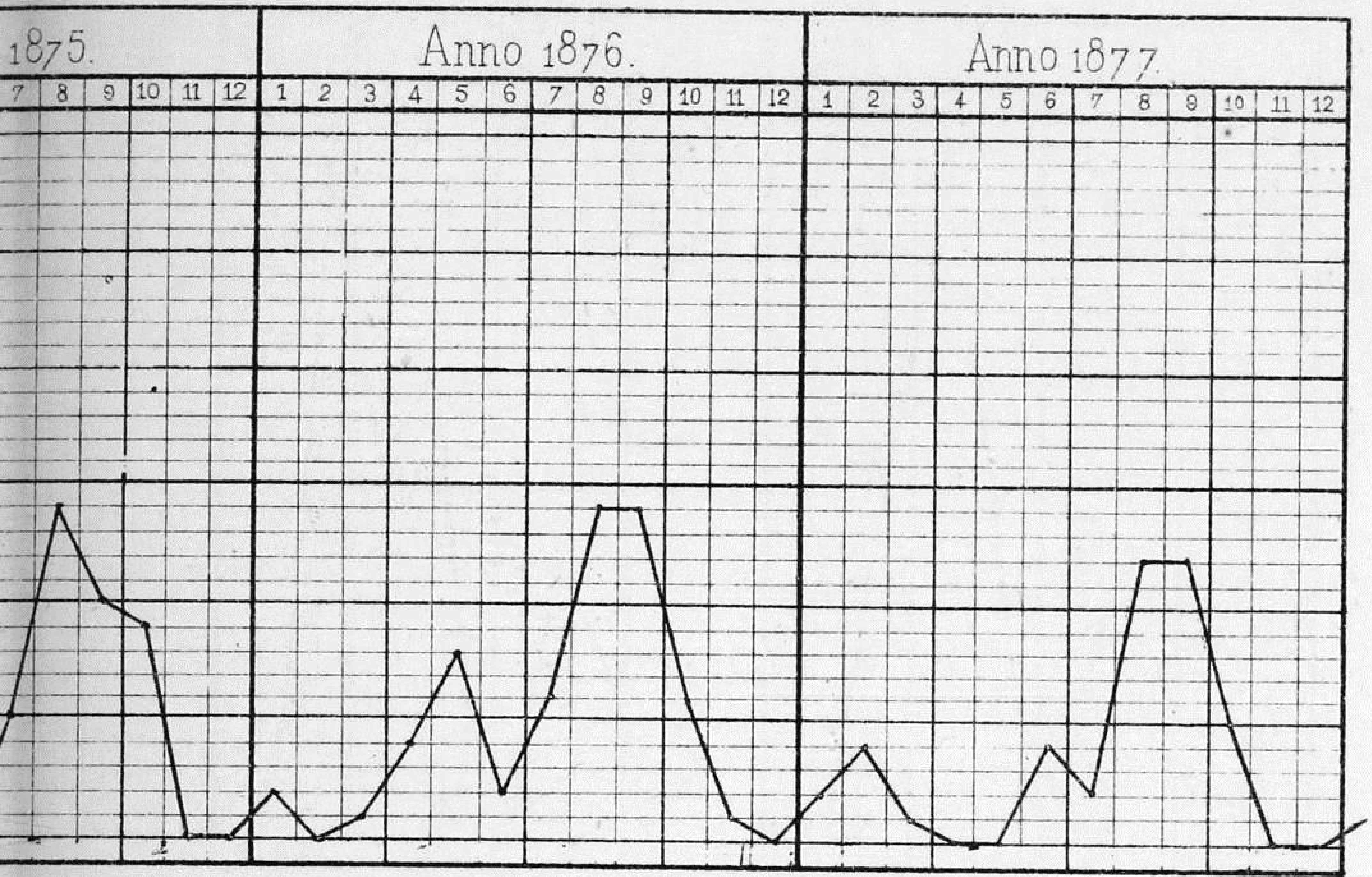


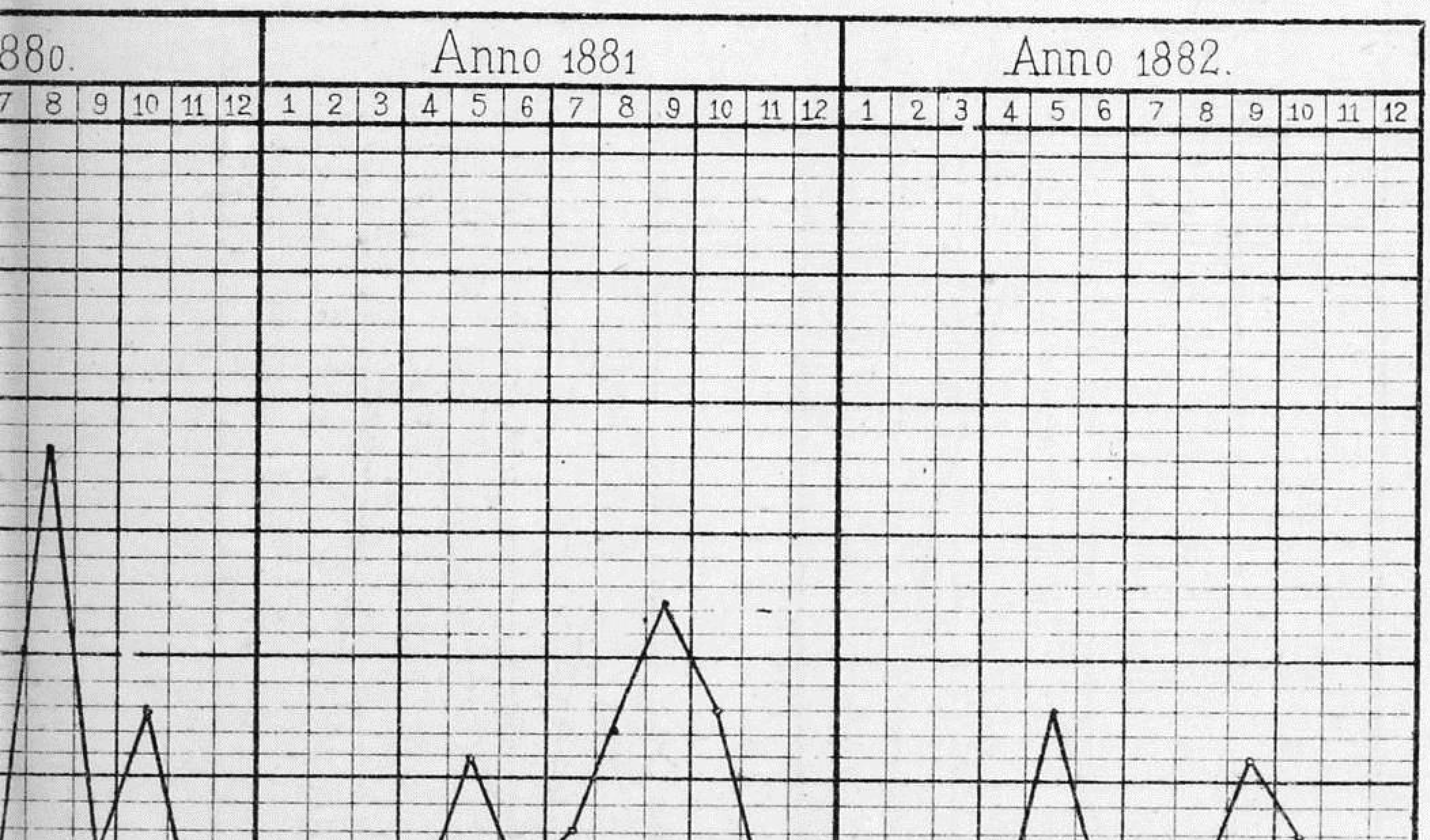
Continuazione



... infezione malarica
...cennio 1873-1882 (pag 5).

TAV. II.

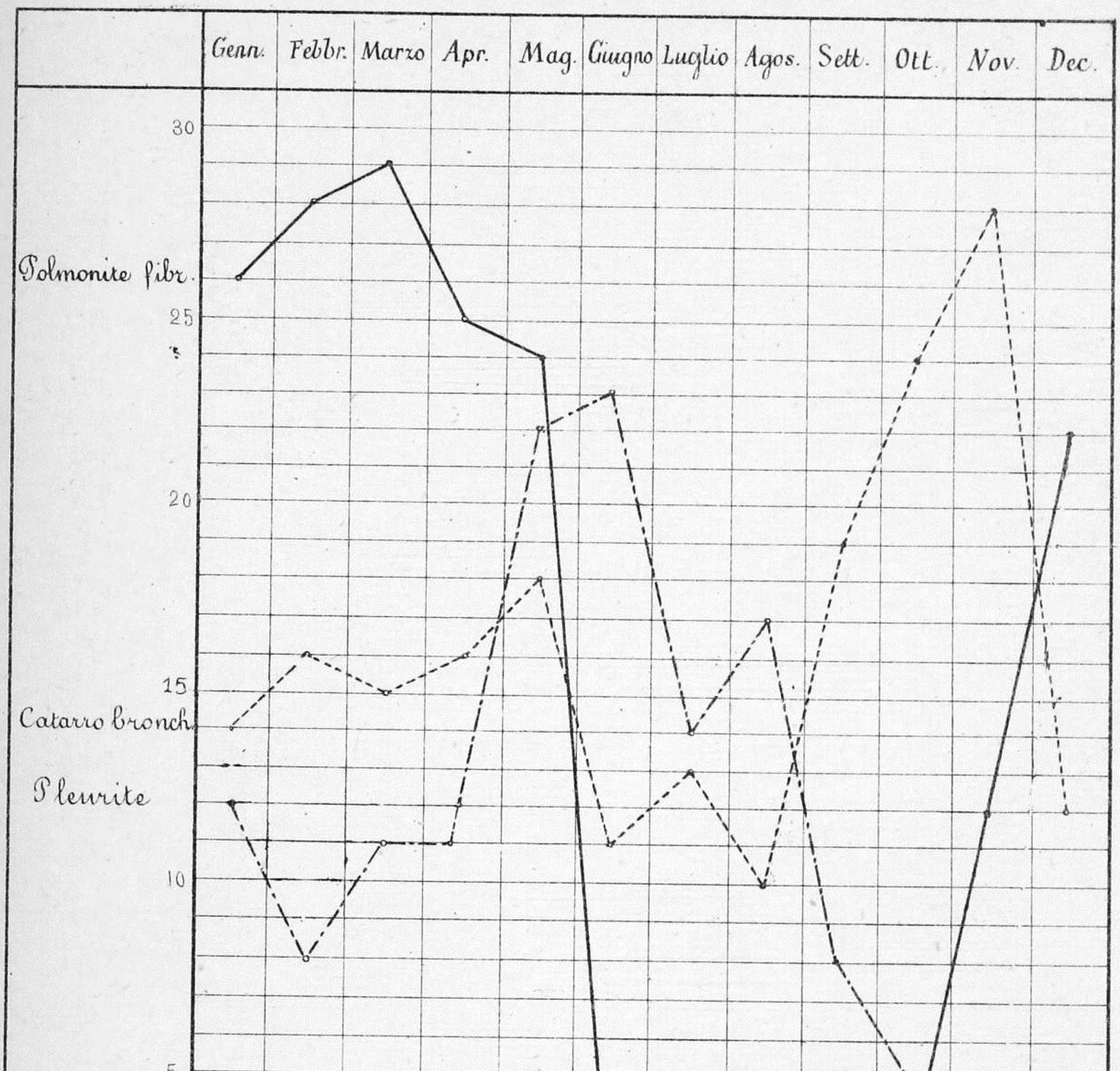




ACCADEMIA DI MEDICINA ★ DI TORINO

TAV. III.

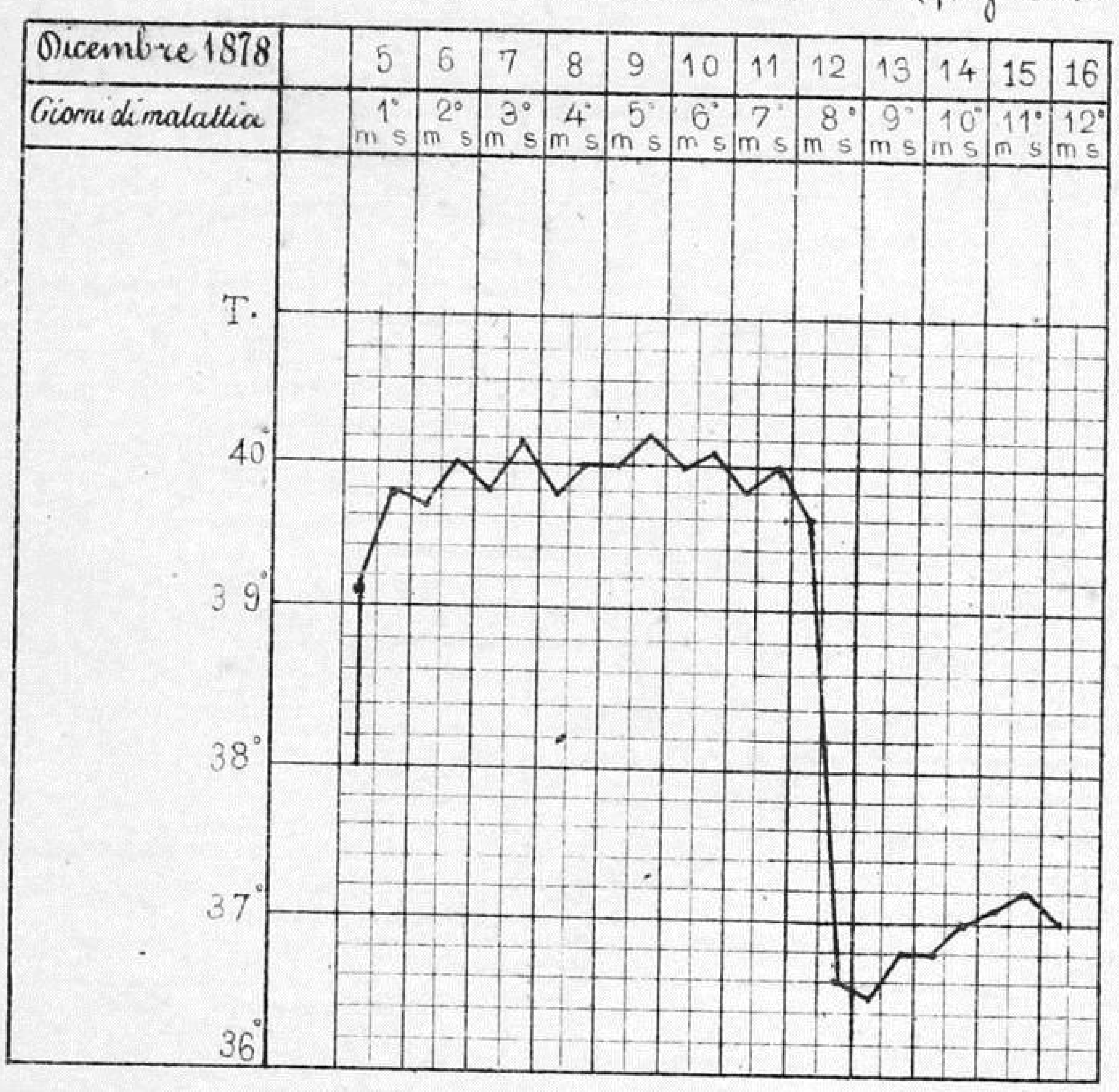
Rapporti tra la polmonite fibrinosa, il catarro bronchiale e la pleurite, per tutti i mesi del decennio 1872-1883. (pag. 51).



ACCADEMIA DI MEDICINA DI TORINO

TAV. IV.

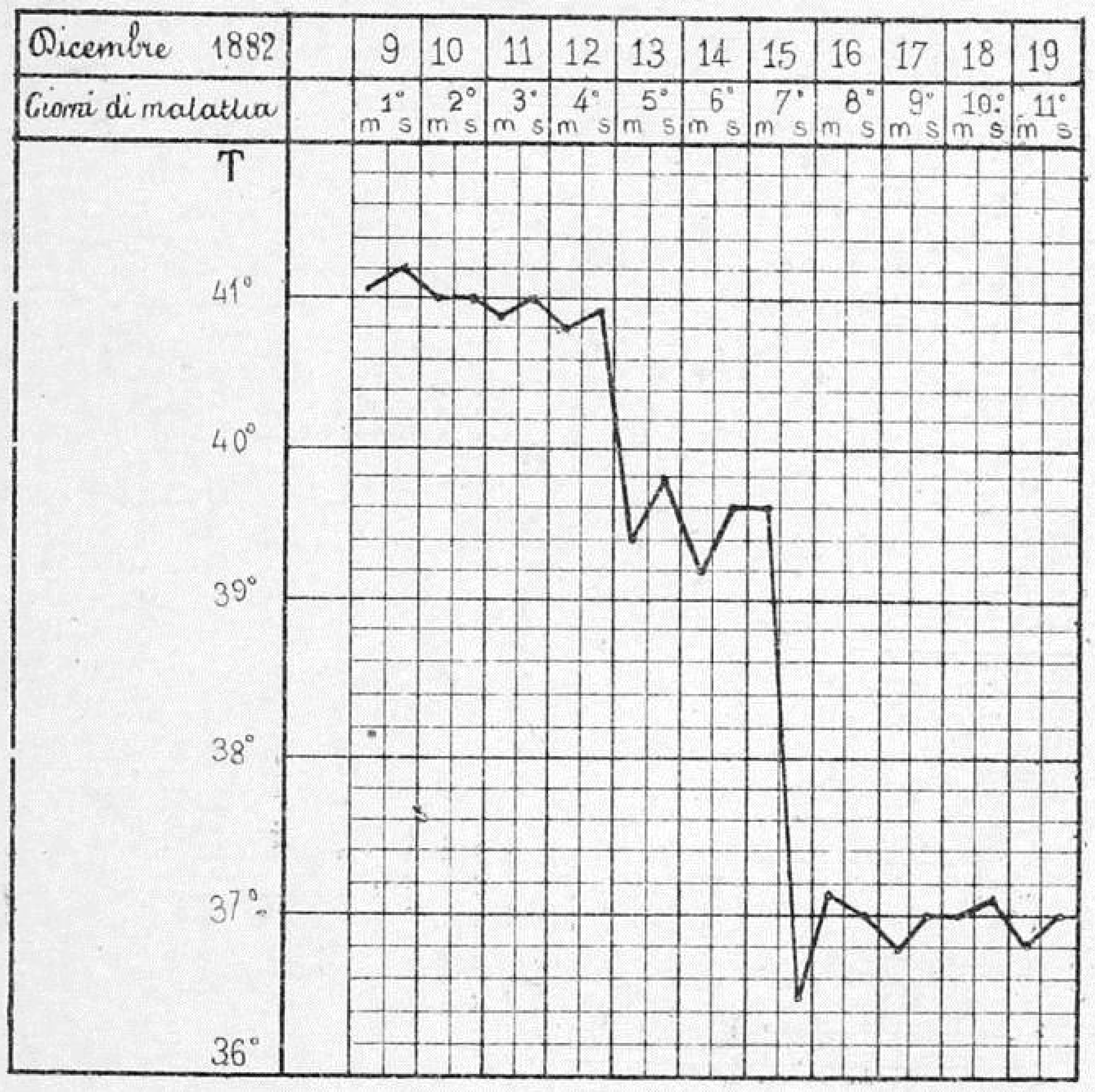
Casimiro Giambrone - Polmonite della base destra (pag. 75-76)



ACCADEMIA DI MEDICINA ★ DI TORINO

TAV. V

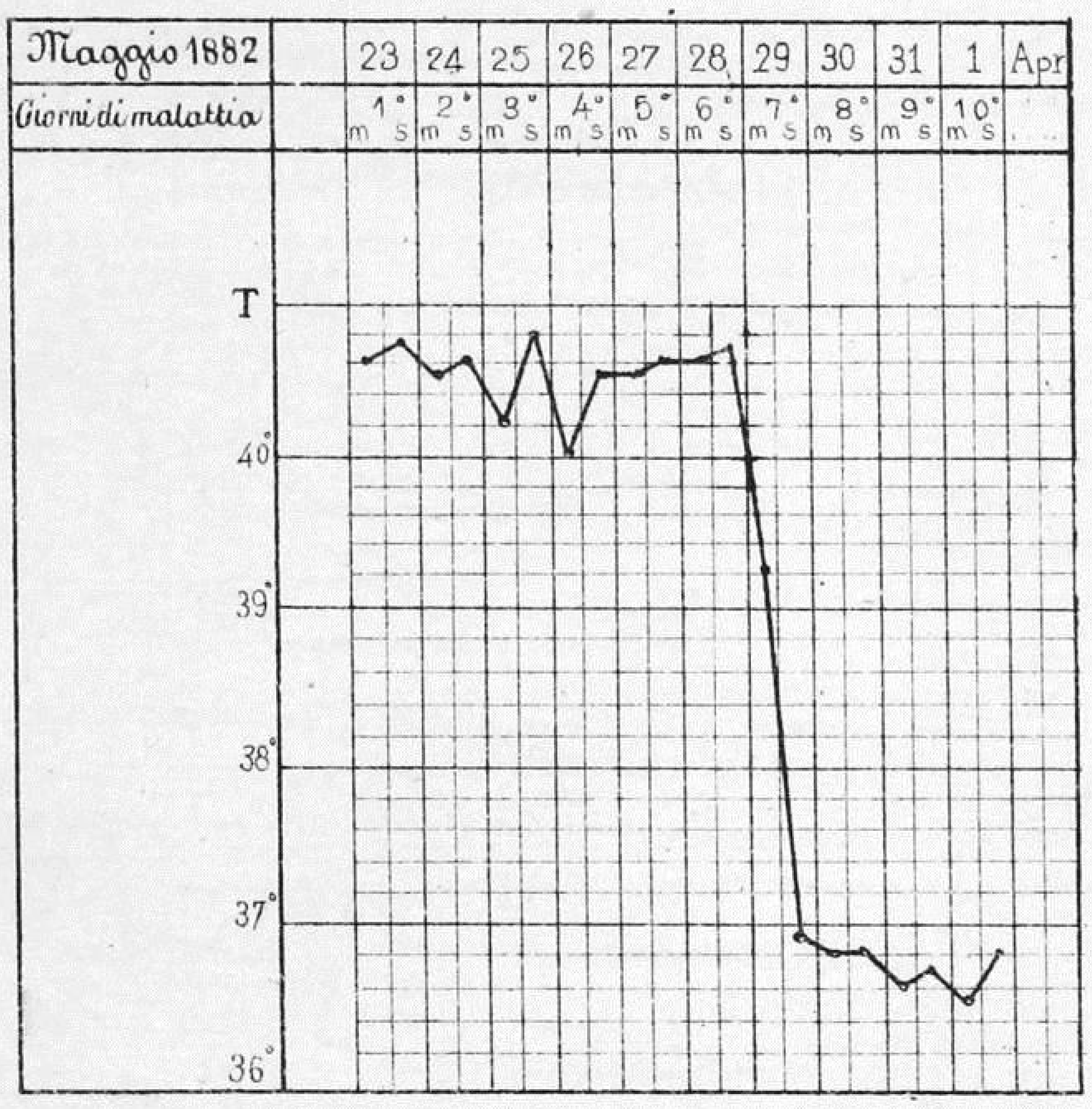
Giovanna Agugliaro: Polmonite destra centrale (pag 78)



ACCADEMIA DI MEDICINA DI TORINO

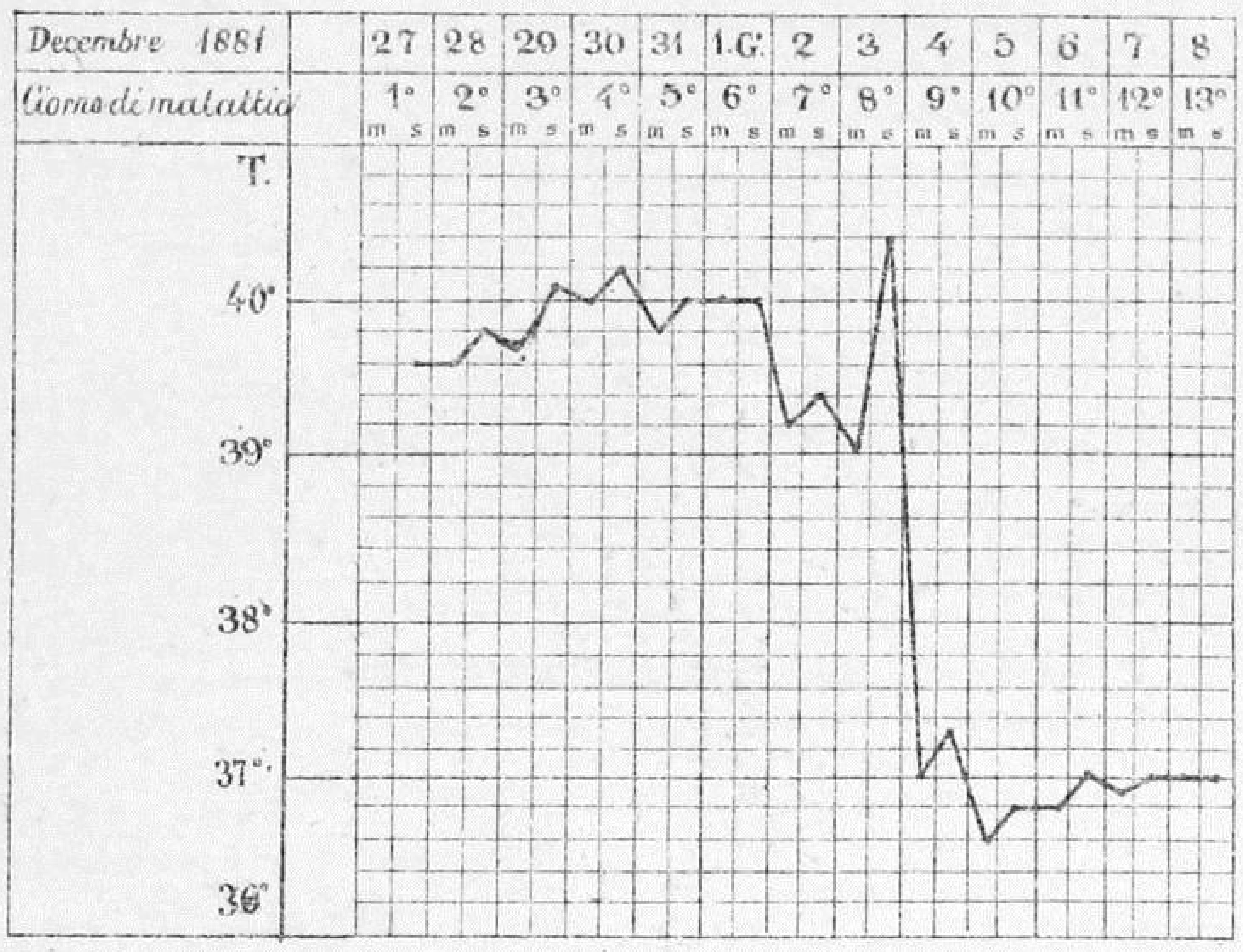
TAV. VI

Giacomo Incardona - Polmonite dell'apice destro (pag. 76).

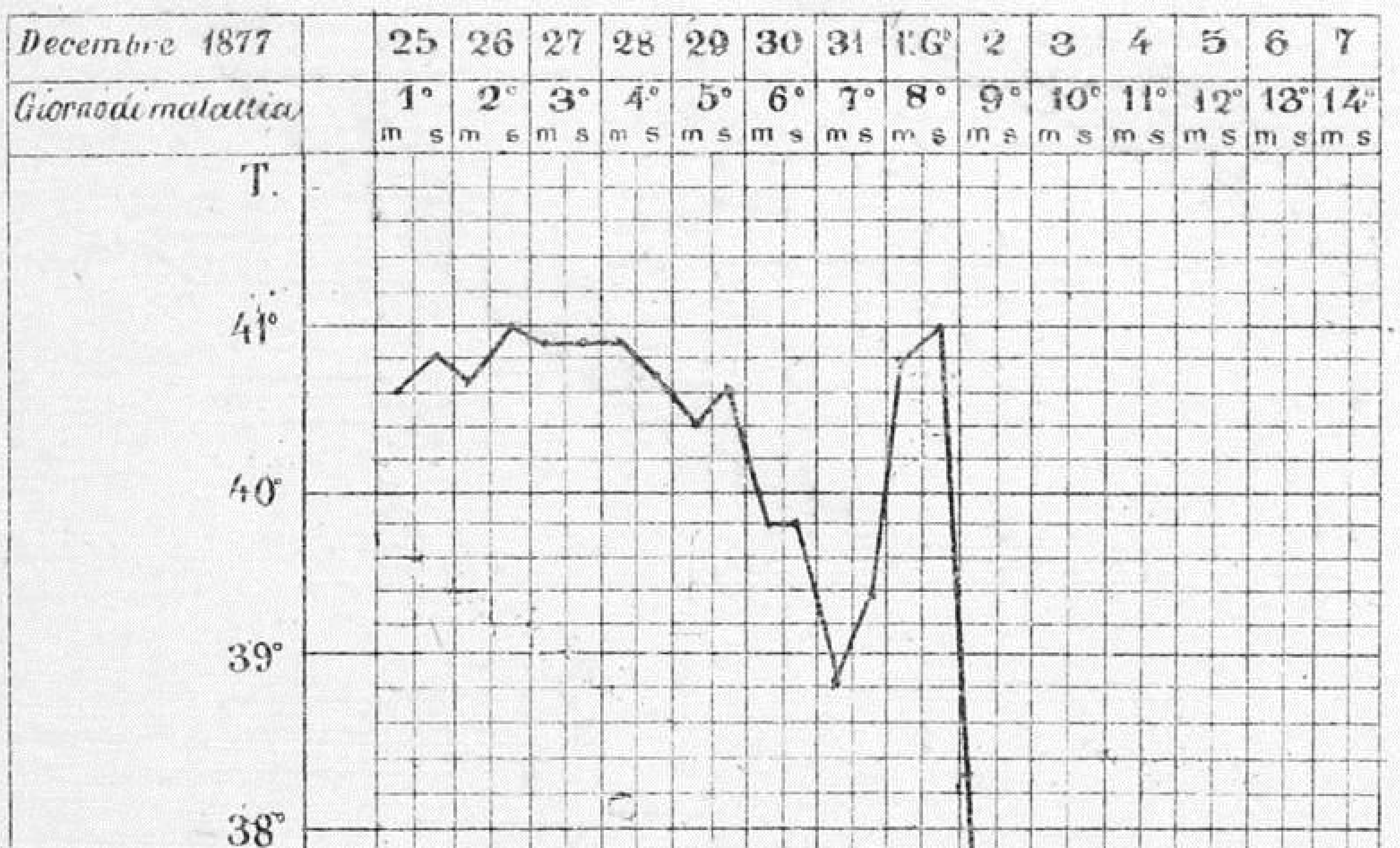


ACCADEMIA DI MEDICINA DI TORINO

Vincenzo Cangialosi - Polmonite dalla base sinistra (pag. 76)

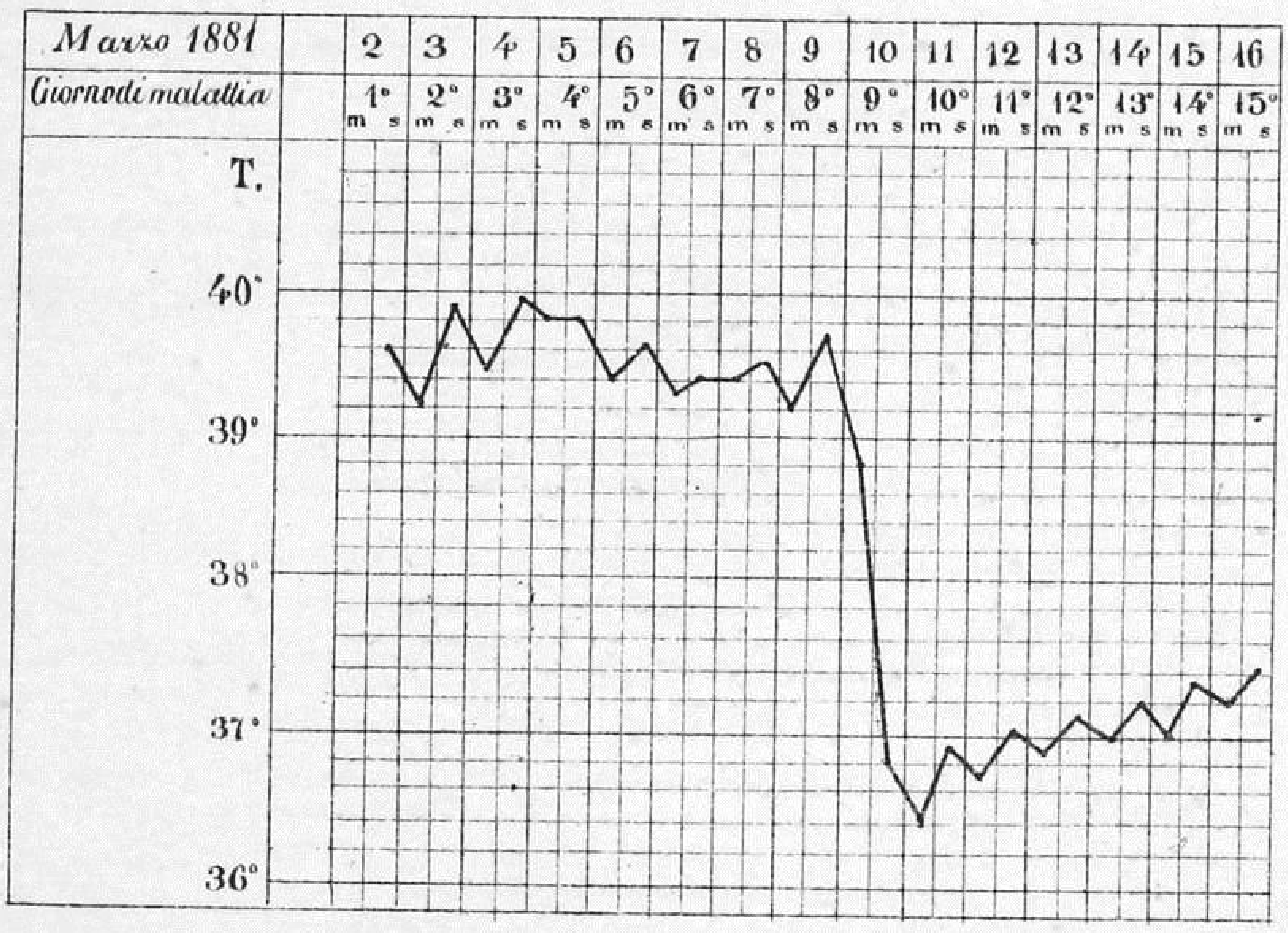


Leonardo Musso - Polmonite destra centrale (pag. 76)



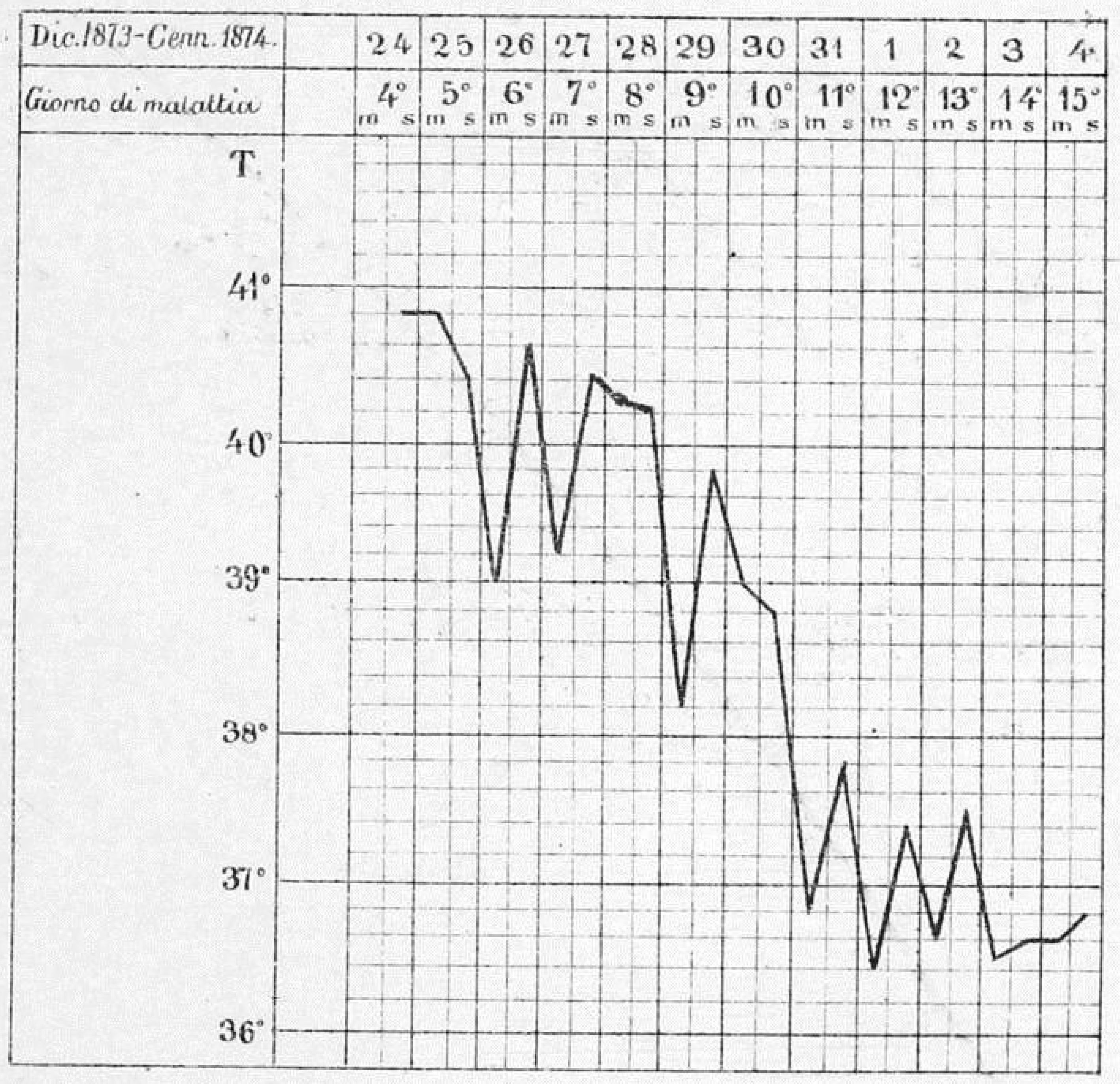
ACCADEMIA DI MEDICINA DI TORINO

Giovannina Vella - Polmonite basica destra e Reumatismo articolare (pag. 84.)



ACCADEMIA DI MEDICINA DI TORINO

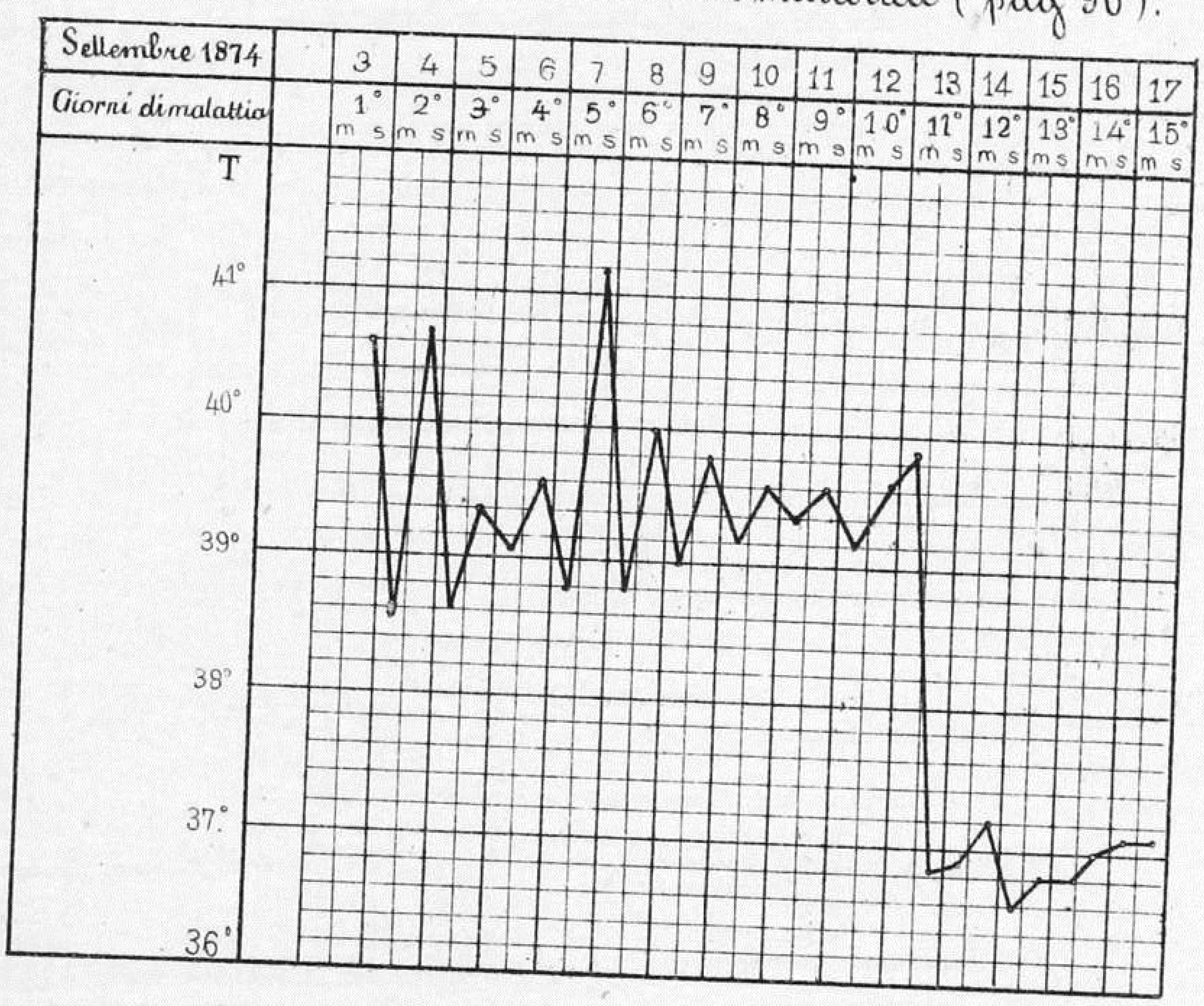
Francesco Spezio - Polmonite malarica (pag 85)



ACCADEMIA DI MEDICINA DI TORINO

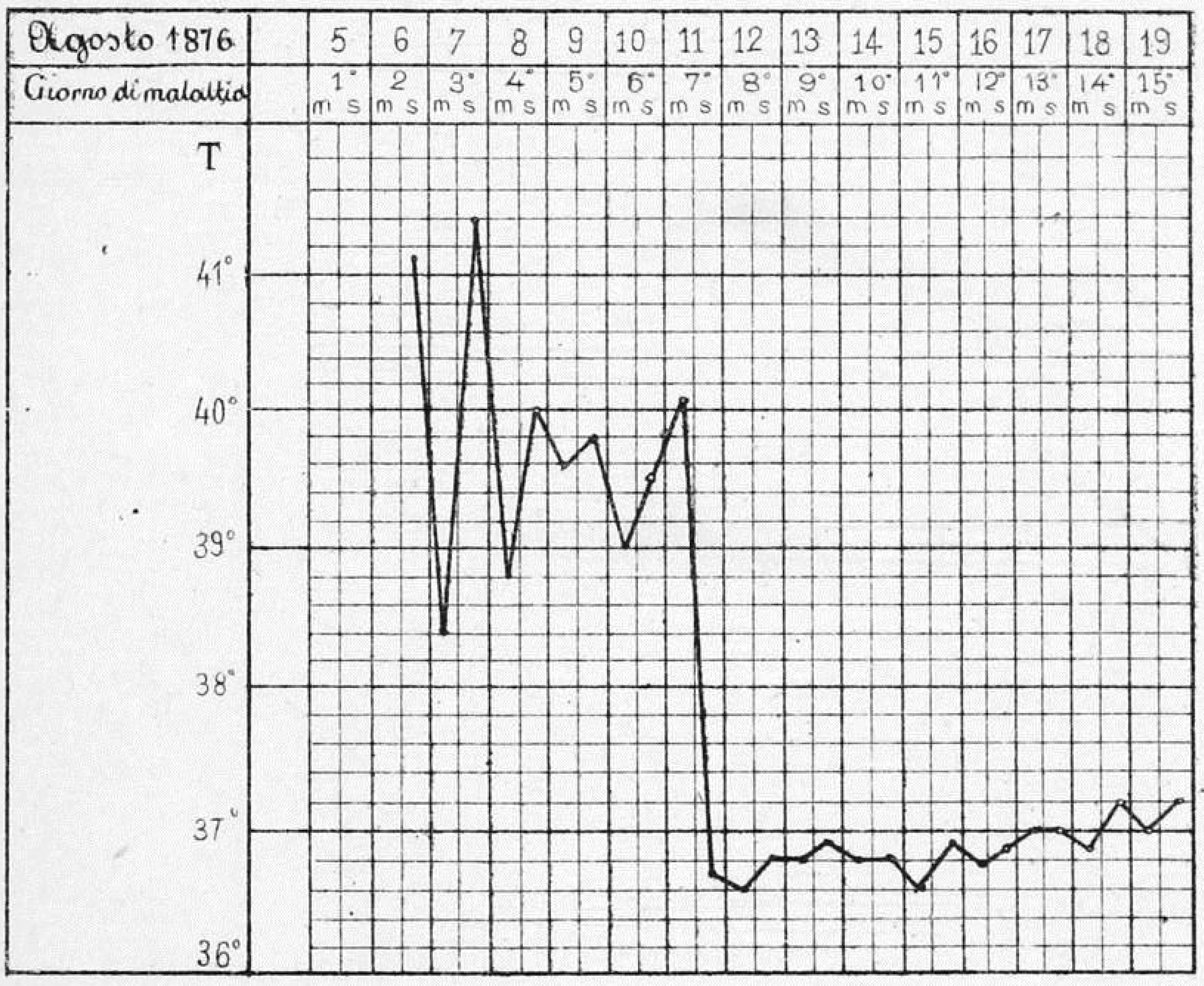
TAV. X.

Leonardo Miano – Polmonite malarica (pag. 90).



ACCADEMIA DI MEDICINA DI TORINO

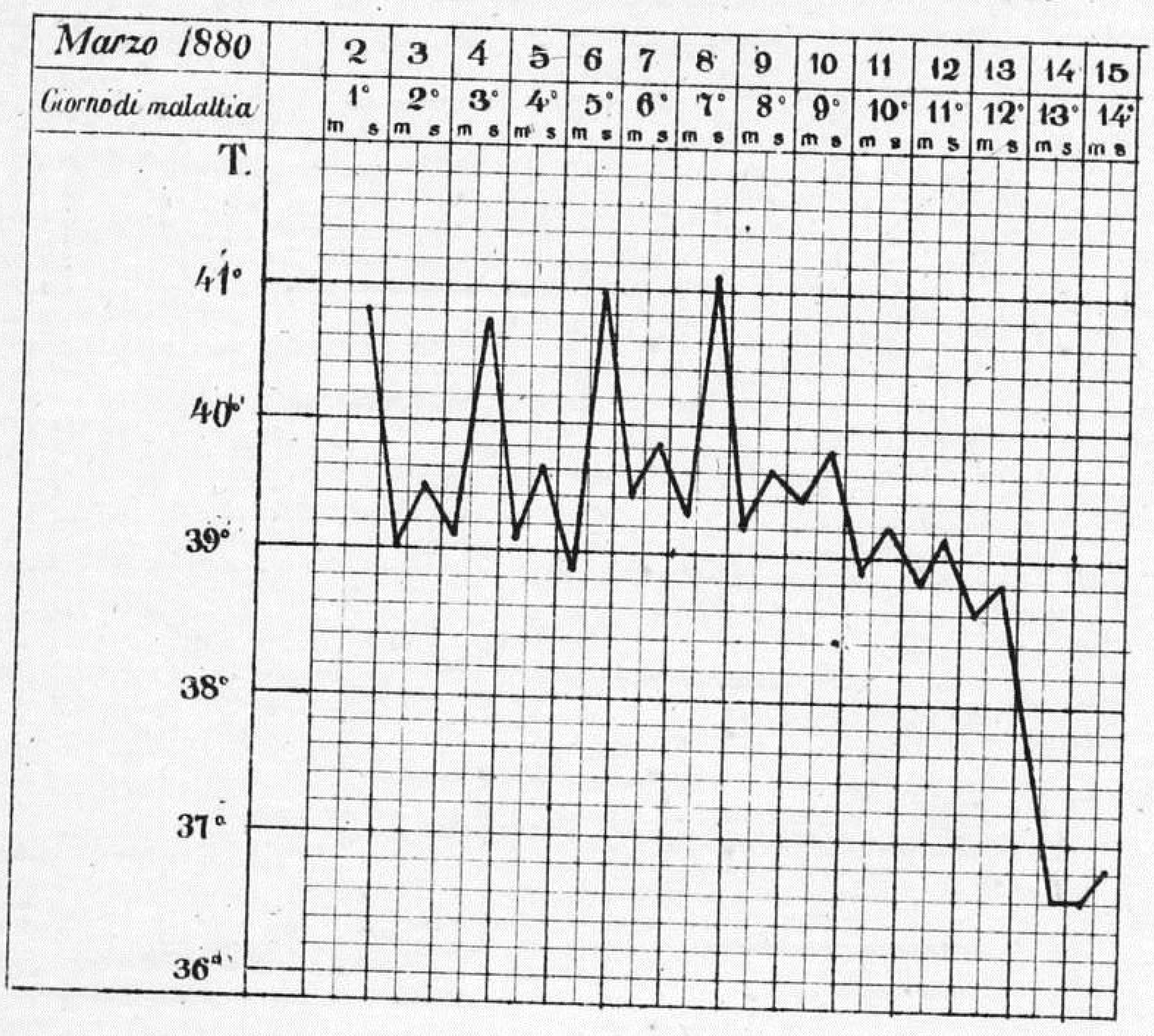
Giuseppe Marceca - Polmonite malarica (pag. 91).



ACCADEMIA DI MEDICINA TORINO

TAV. XII

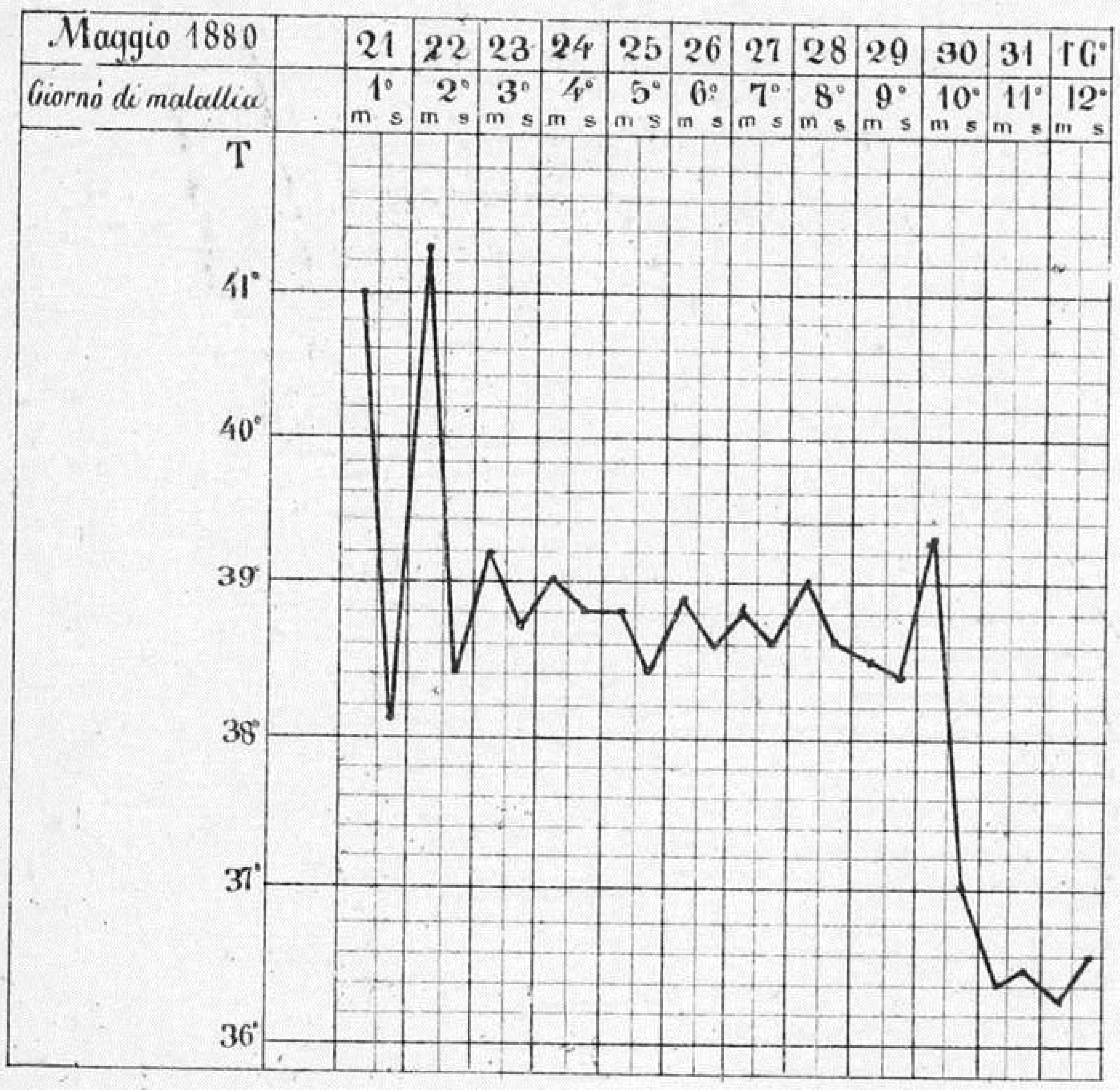
Leonardo Ricupati - Polmonite malarica (pag. 229)



ACCADEMIA DI MEDICINA DI TORINO

TAV. XIII

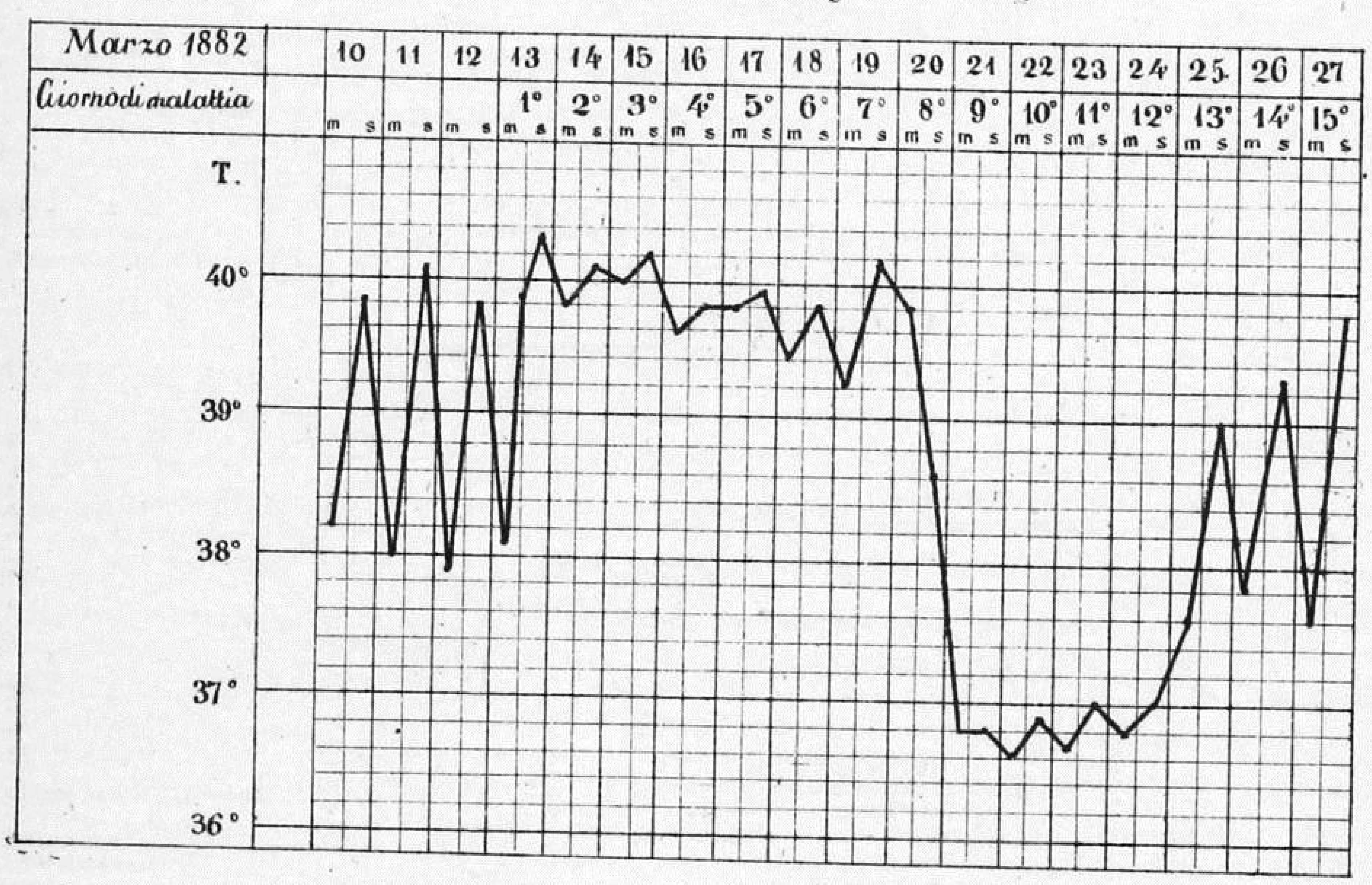
Giuseppe Cutilletta - Polmonite malarica (pag. 93)



ACCADEMIA DI MEDICINA TORINO

TAV. XIV

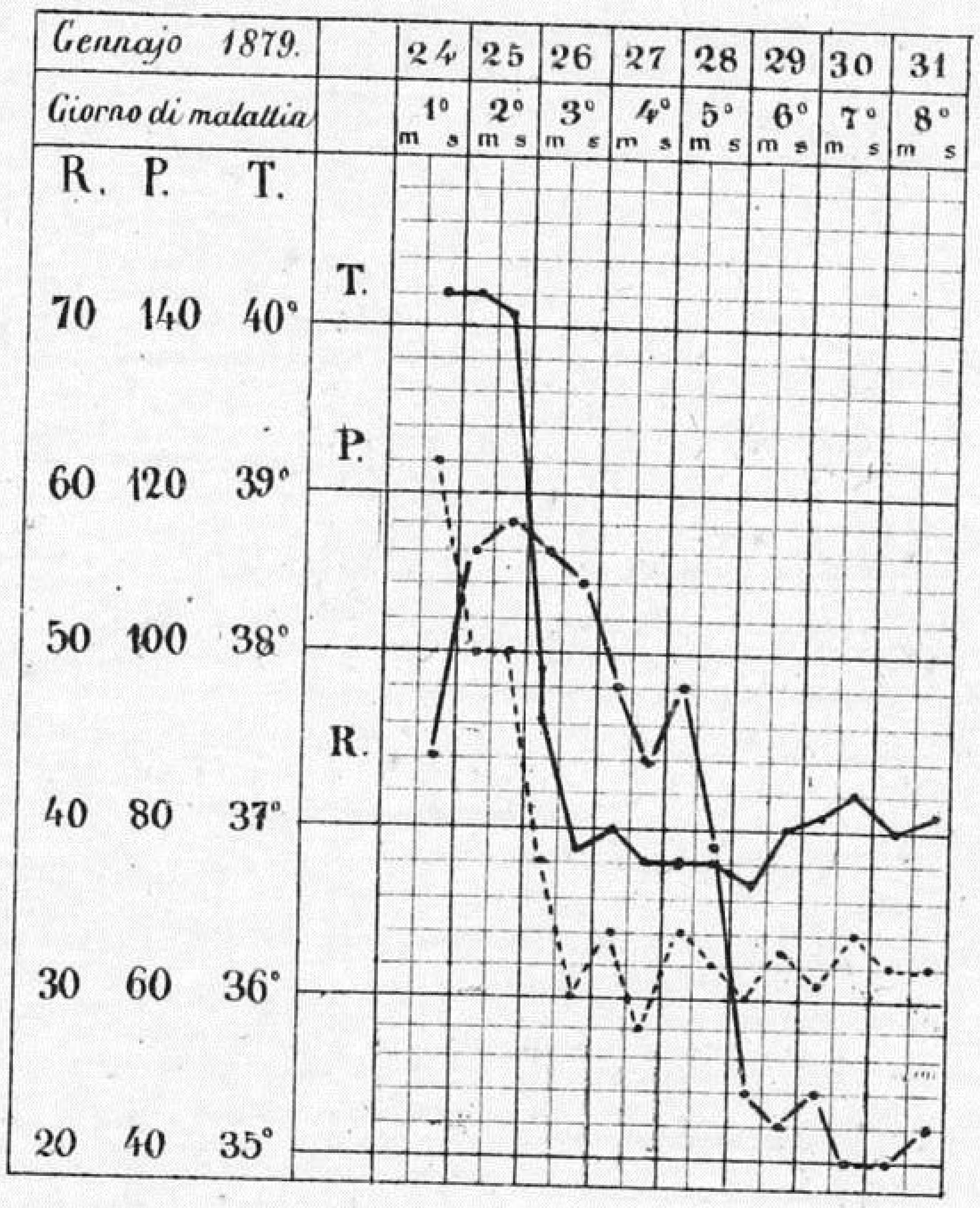
Fr.° P.° Bracco - Polmonite emorragica (pag 100.)



ACCADEMIA DI MEDICINA TORINO

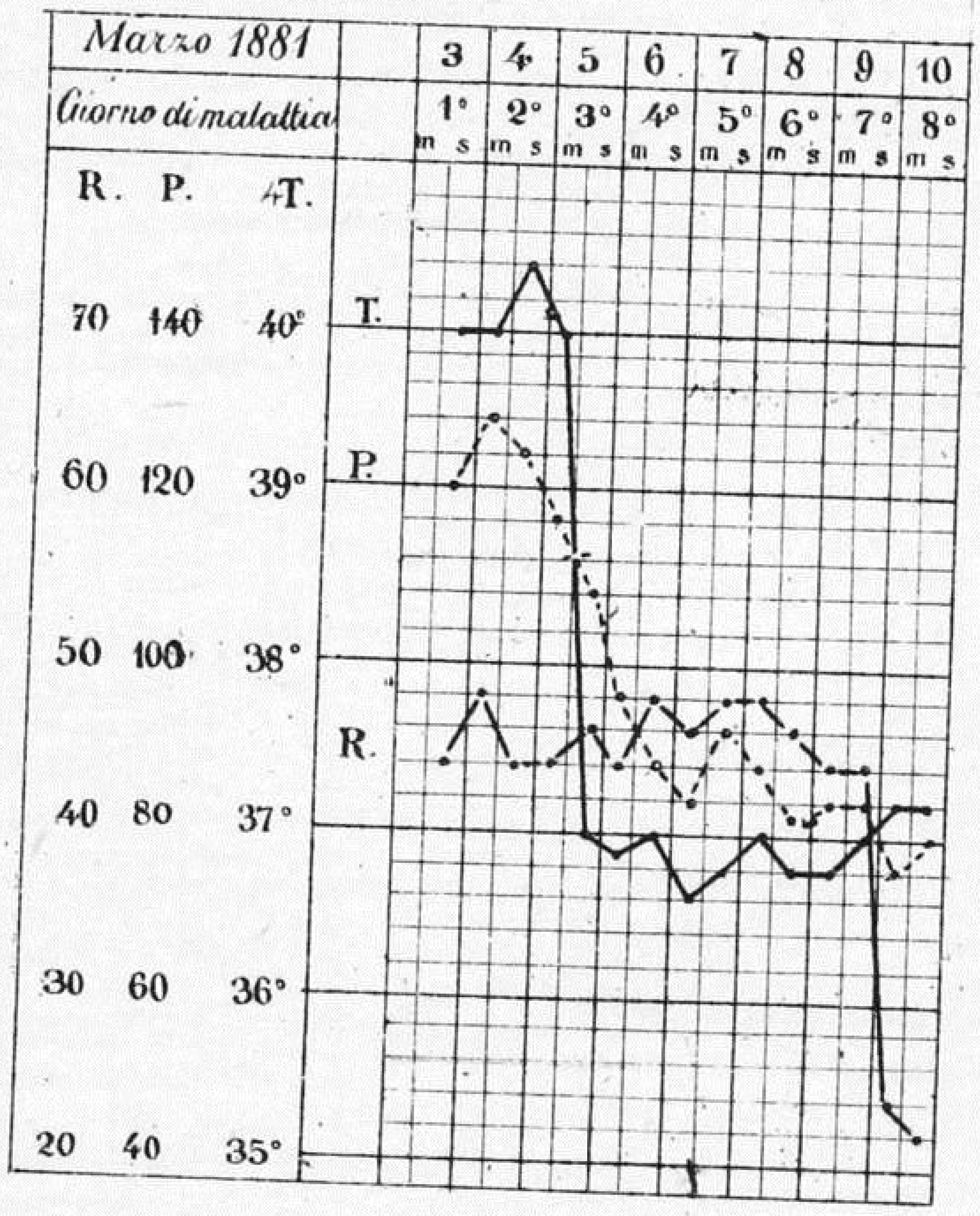
TAV. XV

Andrea Loiacono - Polmonite degli epilettici (pag 109).



ACCADEMIA DI MEDICINA DI TORINO

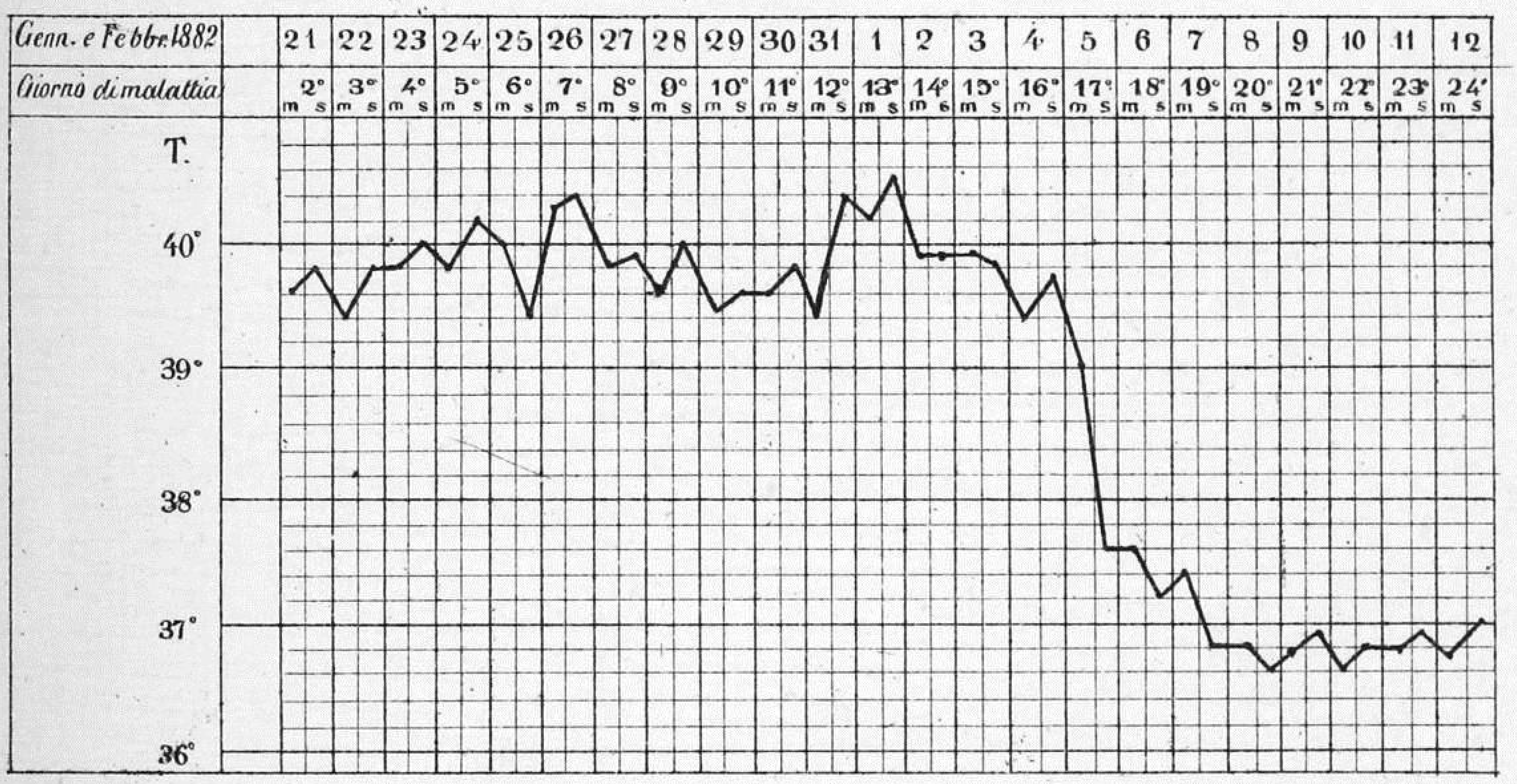
Marianna D'Alessandro - Polmonite degli epilettici (p. 109)



ACCADEMIA DI MEDICINA DI TORINO

TAV. XVII

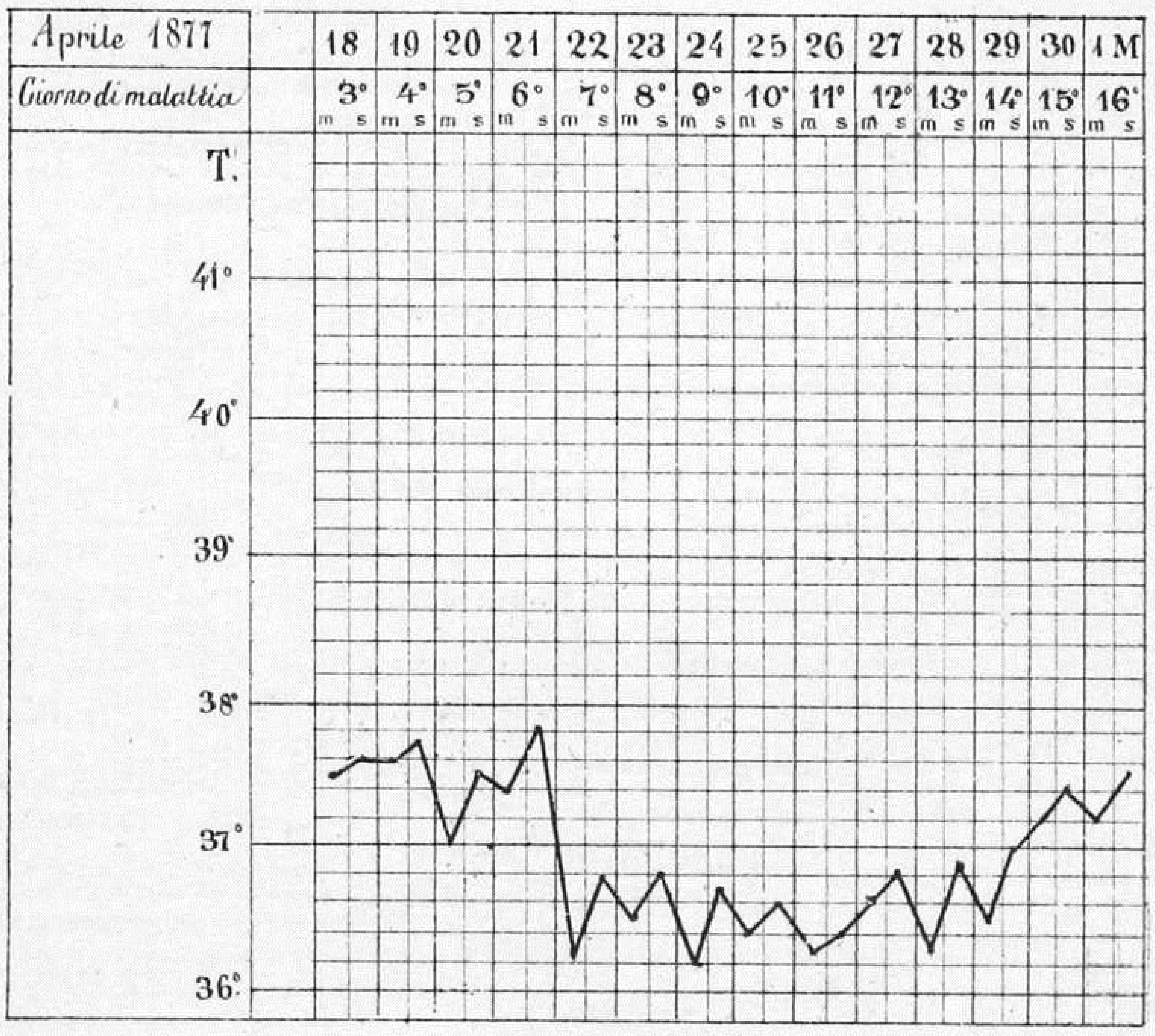
Giovanni Lipari - Polmonite migrante (pag. 119).



ACCADEMIA DI MED DI TORINO

TAV. XVIII

Grazia Orlando - Polmonite senza febbre (pag 123)

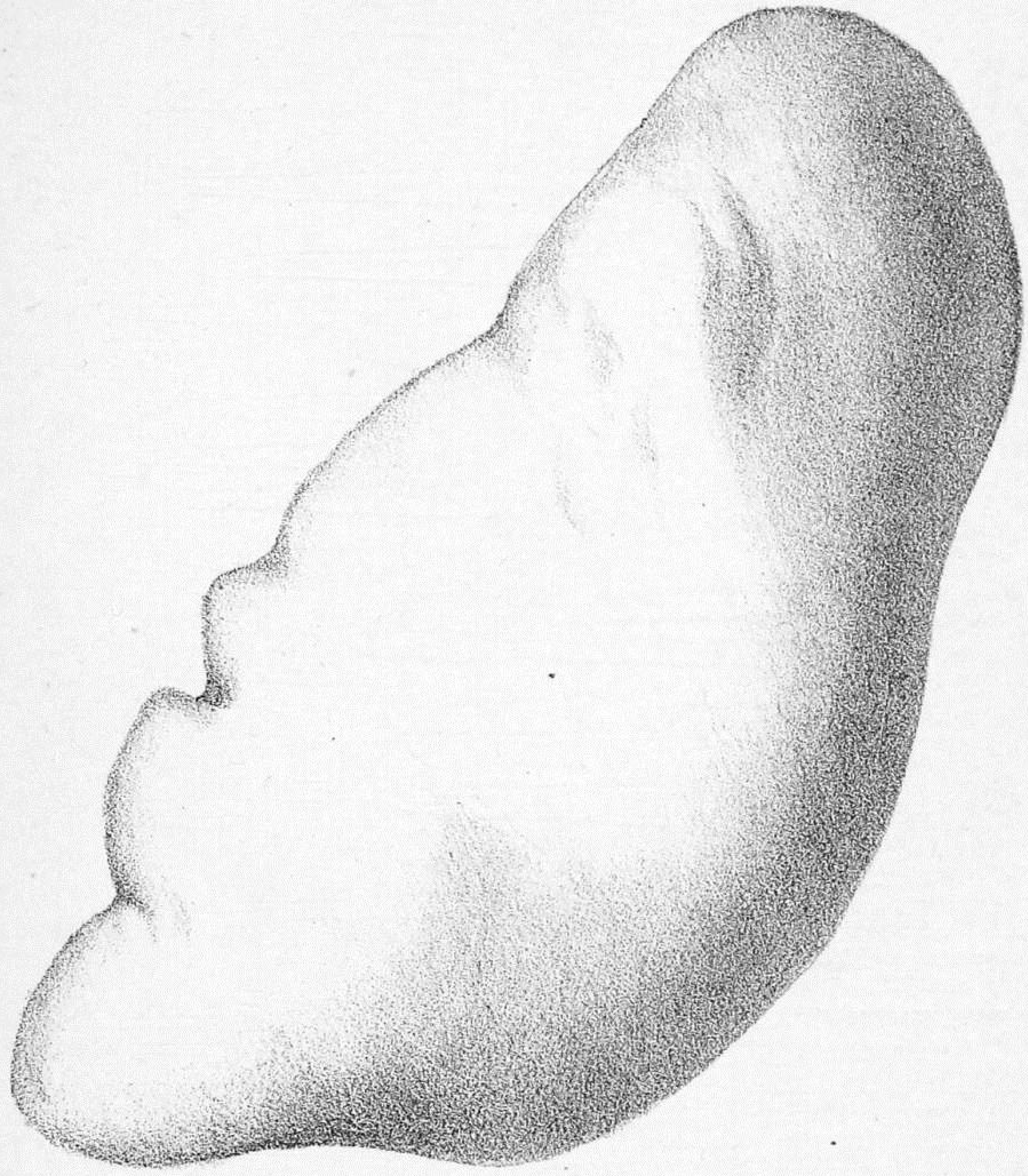


LIT. A. BRANGI - PALERMO

ACCADEMIA DI MEDICINA DI TORINO

Tav. XIX.

CONCETTA DELUCA Milza 1/3 dal vero (pag. 173.)



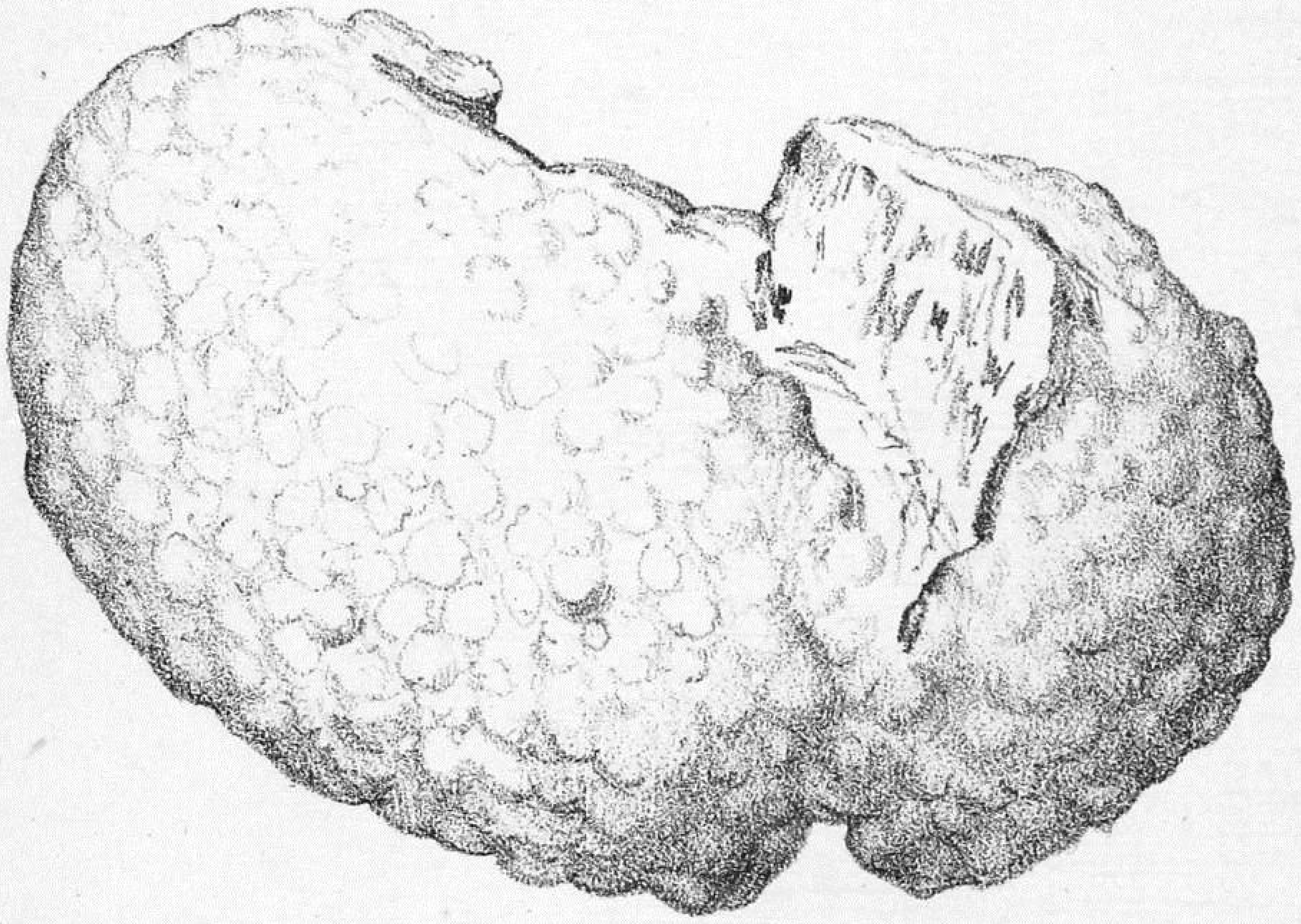
G. Tambuscio dis. dal vero

Lit. A. Brangi - Palermo

ACCADEMIA DI MEDICINA DI TORINO

Tav. XX.

CONCETTA DELUCA - Fegato 1/3 dal vero (pag. 173.)



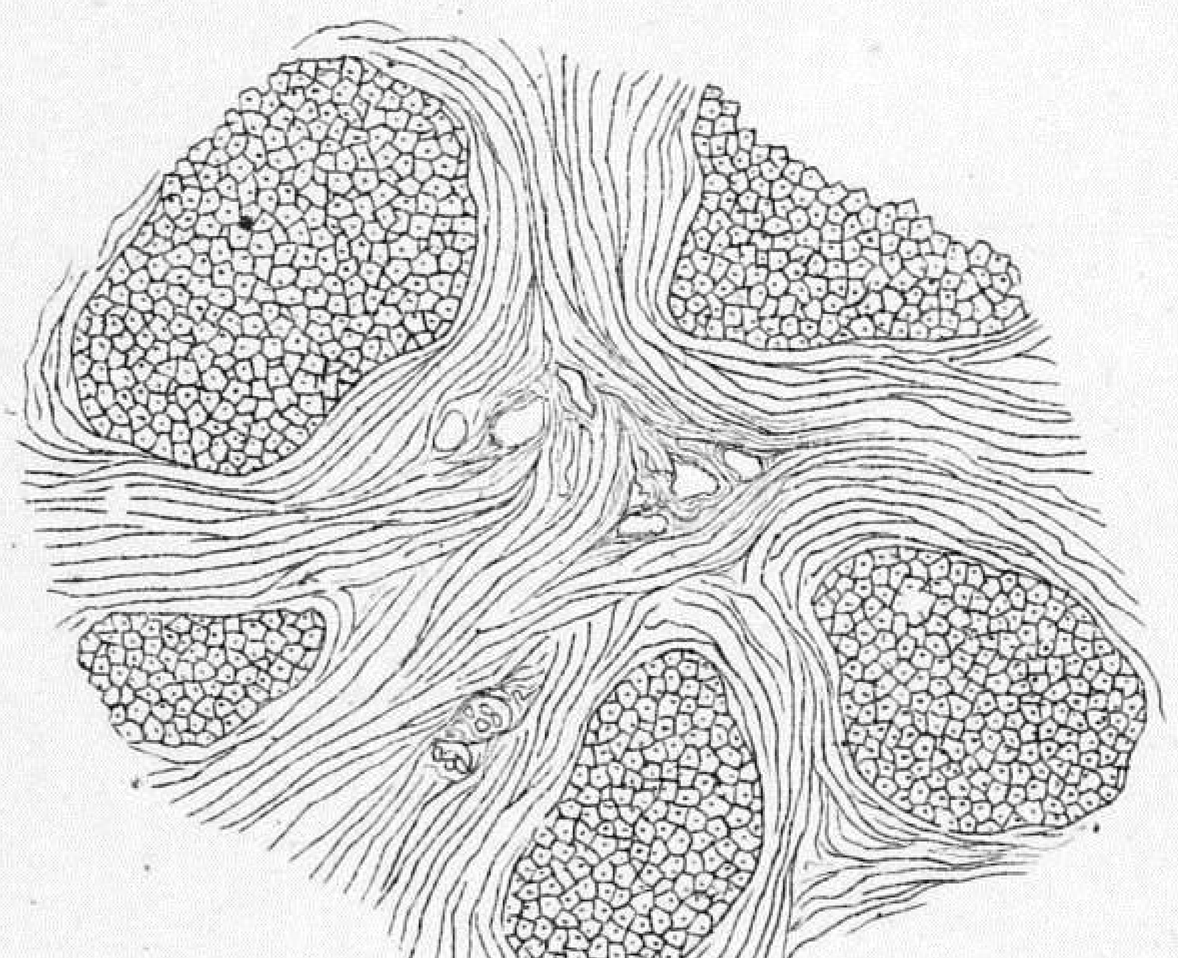
G. Tambuscio dis. dal vero

Lit. A. Brangi - Palermo

MEDICINA * A... TORINO DI

TAV. XXI

CONCETTA DELUCA - FEGATO: taglio microscopico (pag. 174.)



G. Tambuscio dis. dal vero — *Lit. A. Brangi Palermo*

ACCADEMIA DI MEDICINA DI TORINO

Di prossima pubblicazione il Volume II, con molte tavole litografiche, che conterrà:

I. Febbre miliarica. — II. Febbre efimera.
III. Febbre isterica, ecc.

I due volumi si vendono anche separatamente.